

Iina-Mari Hakonen & Oona Tani

OMAISHOITAJIEN PSYKKINEN HYVINVOINTI

Opinnäytetyö
Geronomi

Joulukuu 2015

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Iina-Mari Hakonen & Oona Tani	Geronomi	Joulukuu 2015
Opinnäytetyön nimi		
Omaishoitajien psyykkinen hyvinvointi		50 sivua 7 liitesivua
Toimeksiantaja		
Suur-Kouvolan Omaishoitajat ja Läheiset ry		
Ohjaaja		
Lehtori Pauliina Lehto		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia omaishoitajien kokemaa psyykkistä hyvinvointia kyselylomakkeen avulla. Kohderyhmänä olivat Suur-Kouvolan Omaiset ja Läheiset ry:n omaishoitajajäsenet. Valtaosa kyselyyn vastanneista omaishoitajista oli ikään-tyneitä eläkeläisiä ja toimivat pääasiassa puolisonsa omaishoitajana.</p> <p>Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, joka toteutettiin anonymisti strukturoidulla kyselylomakkeella postikyselynä 98:lle omaishoitaja jäsenelle, joista 55 vastasi tutkimukseen. Tutkimus analysoitiin Webropol analysointiohjelmalla, käyttäen määrällisen tutkimuksen analysointimenetelmiä, avoimista kysymyksistä poimittiin eniten esille nousseet asiat. Tutkimuksessa käytettiin riippuvuusanalyysia, jolla etsittiin merkittävimmät muuttujat ja saatiin esille luotettavia tutkimustuloksia ristiintaulukoinnin avulla.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat kohderyhmän psyykkisen hyvinvoinnin tyydyttäväksi. Tutkimuksessa psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin, muun muassa tarpeellisuus ja ulkoisiin, muun muassa terveys. Tutkimuksen mukaan voidaan todeta sisäisillä tekijöillä olevan suurempi merkitys psyykkisen hyvinvoinnin kokemiseen. Sisäisten tekijöiden ollessa heikentyneitä ei positiivisilla ulkoisilla tekijöillä ollut vaikutusta. Vastaajien kokemukset psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista kokemuksista linkittyivät loogisesti toisiinsa, huomioiden sisäiset ja ulkoiset tekijät.</p> <p>Omaishoitajien tyydyttävään psyykkiseen hyvinvointiin voimaannuttavasti saattaa vaikuttaa yhdistykseen kuulumisen yhteisöllisyyden tunne. Omaishoitajien psyykkinen hyvinvointi on asia, johon eri tahoilla ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Ulkopuolisilla tahoilla on merkittävä merkitys, kun omaishoitaja unohtaa omat tarpeensa. Henkistä väkivaltaa kokeneet omaishoitaja jäsenet nousivat esille ryhmänä, joilla heikentäviä ja negatiivisia tekijöitä oli havaittavissa muita vastanneita enemmän. Kaupungilta ja päättäjiltä omaishoitajat kaipaavat kehittämistä omaishoidon parantamiseksi. Omaishoitajien ääntä tulisi kuunnella enemmän ja konkreettista apua kaivataan byrokratian sijasta. Yksilöllisyys ja historia tulisi ottaa paremmin huomioon. Omaishoitajat kaipaavat aitoa läsnäoloa, tukea ja kiinnostusta siitä, mitä heille kuuluu.</p>		
Asiasanat		
omaishoitaja, psyykkinen hyvinvointi, voimaantuminen, heikentyminen		

Author (authors)	Degree	Time
Iina-Mari Hakonen & Oona Tani	Bachelor of geriatric care	December 2014
Thesis Title		50 pages
The mental well-being of family caregivers		7 pages of appendices
Commissioned by		
Suur-Kouvola Omais ja Läheiset ry		
Supervisor		
Pauliina Lehto, Lecturer		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to examine the mental well-being of family caregivers through their experience. The research data was collected by a questionnaire. The target group were the members of Suur-Kouvola Omais ja Läheiset ry. Suur-Kouvola Omais ja Läheiset ry is a registered association for family caregivers. The majority of the caregivers that responded to the questionnaire were elderly retirees and mainly working as family caregivers for their spouses.</p> <p>This quantitative study was carried out using a structured questionnaire to which the participants answered anonymously. The questionnaire was sent via post to 98 caregivers who are members of the association. 55 of these family caregivers responded to the questionnaire. The collected data was analyzed with Webropol software using quantitative research methods of analysis. The most common responses from the open response questions were included. The research used a dependency analysis, which was used to search for the most significant variables. Through a cross tabulation, reliable research results were found.</p> <p>The results of the study showed that the mental well-being of the target group was satisfactory. In the study, the factors affecting the mental well-being can be divided into internal factors, such as necessity, and external factors, such as health. According to the study, it can be stated that the internal factors have a greater importance when it comes to experiencing mental well-being. If the internal factors deteriorated, the positive external factors did not have an impact. The respondents' experiences with the elements affecting the mental well-being are logically linked to each other, considering the internal and external factors.</p> <p>Belonging to an association and having a sense of community may have an empowering effect on the satisfactory mental well-being of the family caregivers. The mental well-being of the family caregivers is an issue that different parties do not pay enough attention to. External parties have a significant role when the family caregivers forget their own needs. The family caregivers that have experienced emotional abuse stood out as a group that has deteriorating and negative factors more than the other respondents. Family caregivers are hoping for development projects from the city and decision-makers to improve the situation of the family caregivers. The family caregivers' voices should be heard more and concrete help is needed instead of bureaucracy. Individuality and personal history should be taken into consideration more often. The family caregivers are yearning for a genuine presence, support and interest in how they are really doing.</p>		
<p>Keywords</p> <p>family caregiver, mental well-being, empowerment, deteriorating</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OMAISHOITAJUUS.....	7
2.1	Iän vaikutus omaishoitajuuteen.....	9
2.2	Sukupuolen vaikutus omaishoitajuuteen.....	10
3	PSYKKINEN HYVINVOINTI JA VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	11
3.1	Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin tukimuodot	12
3.2	Psyykkisen hyvinvoinnin vaikutus omaishoitajan elämään	13
3.3	Erilaiset tunnetilat	14
3.3.1	Positiiviset tunnetilat.....	14
3.3.2	Negatiiviset tunnetilat	15
3.4	Väkivalta ja päihteet.....	16
3.4.1	Henkinen ja fyysinen väkivalta	17
3.4.2	Päihteiden väärinkäyttö	18
3.5	Elämänlaatu ja tulevaisuus	18
3.6	Terveys ja toimintakyky	19
3.7	Sosiaalinen kanssakäyminen.....	20
3.8	Koettu tarpeellisuus ja tarkoituksellisuus	21
3.9	Arvot	21
3.10	Lepo ja vapaa-aika	22
3.11	Muut vaikuttavat tekijät	22
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
5.1	Kohderyhmä ja aineistonkeruu	24
5.2	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta	24
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi	26
5.4	Tutkimuksen luotettavuus	27
5.5	Tutkimuksen eettisyys	28
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
6.1	Taustatiedot.....	29

6.2	Mikä on omaishoitajajäsenten koettu psyykkinen hyvinvointi?	30
6.3	Mitkä tekijät vaikuttavat voimaannuttavasti omaishoitajajäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?	32
6.4	Mitkä tekijät vaikuttavat heikentävästi omaishoitajajäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?	35
6.5	Omaishoitajajäsenten esille tuomia ajatuksia ja toiveita psyykkisestä hyvinvoinnista.....	38
7	POHDINTA	39
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimuslupa	
	Liite 2. Saatekirje	
	Liite 3. Esittelykirje	
	Liite 4. Kyselylomake	

1 JOHDANTO

Psyykkiseen hyvinvointiin on olemassa useita käsityksiä ja niissä on useita yhtäläisyyksiä. Psyykkistä hyvinvointia tulisi katsoa monitasoisena, erityisesti puhuttaessa ikääntyneistä. Ikääntyneillä on jo olemassa olevaa elämänskoke-musta ja tämä vaikuttaa heidän kokemuksellisuuteen sekä tapoihin selviytyä. Mielenterveydellisiä ongelmia ei tule sekoittaa psyykkisen hyvinvoinnin heik-kenemiseen tai toisin päin. (Lampinen 2004, 219; Ruoppila 2002, 119; Saa-renheimo 2012, 42.)

Psyykkinen hyvinvointi on laaja käsite, joka vaikuttaa vahvasti fyysiseen, sosi-aaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Nämä taas vaikuttavat vahvasti psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkinen hyvinvointi on kokemuksellista hyvin-vointia, kuinka minä koen voivani vaikuttaa ja oppia sekä olla osallisena tässä yhteiskunnassa. (Lampinen 2004, 219; Saarenheimo 2012, 42, 43.)

Omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia ei juuri ole tutkittu, tutkimukset pohja-tuvat enemmän koettuun jaksamiseen ja tuen tarpeeseen. Nämä ovat tärkeitä asioita, kun puhutaan psyykkisestä hyvinvoinnista, mutta näitä ei kuitenkaan voida suoranaisesti laittaa psyykkisen hyvinvoinnin kokemiseen. Tutkimukset koetusta jaksamisesta ja tuen tarpeesta ovat laaja katsaus yleisesti jaksami-seen. Toisin sanoen näissä on tutkittu fyysistä, sosiaalista, kognitiivista ja hen-kistä jaksamisen tunnetta. (Lampinen 2004, 219.)

Haluamme opinnäytetyössämme tuoda esille psyykkisen hyvinvoinnin omana osa-alueena, johon tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Psyykkinen hyvinvointi voidaan liittää muun muassa masennukseen, unihäiriöihin, sosiaalisten suhteiden vähenemiseen ja fyysisen aktiivisuuden heikkenemiseen. Näiden heike-tessä omaishoitajuus on vaarassa kaatua omaishoitajan terveyden heikenty-essä. (Lampinen 2004, 219.)

Suurten ikäluokkien ikääntyessä nyky-yhteiskunnan tavoite on kotona asumi-sen tukeminen mahdollisimman pitkään. Ajatuksena on kustannusten pienen-täminen, omaishoitajuus on kustannustehokkain hoitomuoto kotona asumisen tukemisessa. Hoito- ja huolenpito tulee kasautumaan yhä enenemissä määrin muulle omaiselle kuin aviopuolisolle tulevaisuudessa. (Sosiaali- ja terveystmi-nisteriö 2013, 7; Tapio 2004, 91.)

Omaishoitajat kokevat useiden tutkimusten valossa itsensä kovin rasittuneiksi ja kertovat tuen tarpeesta. Kunnat ja eri yhdistykset tarjoavat omaishoitajille palveluita ja taloudellista tukea. Tässä on kuitenkin unohdettu omaishoitajan terveyden seuranta sekä hänen psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen. Huomioitavaa on, etteivät kaikki omaistaan hoitavat ole omaishoidon palveluiden piirissä. (Miettinen 2008. 9–11; Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 13, 14; Tapio 2004, 91.)

Tässä opinnäytetyössä mielletään psyykkinen hyvinvointi yksilön kokemuksena omasta hyvinvoinnista. Psyykkistä hyvinvointia on lähdetty tarkastelemaan elämänhallinnan, elämänlaadun ja itsensä sekä elämäntilanteen hyväksymisen kautta. Teorian ja tutkimusten perusteella on nostettu esille tarkentavia teemoja pääkohtien pohjalta. (Saarenheimo 2012, 42.) Tässä työssä haluttiin tuoda esille, kuinka Suur-Kouvolan omaishoitajat ja läheiset Ry:n omaishoitajat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa ja mitkä tekijät vaikuttavat voimaannuttavasti ja mitkä ovat heikentäviä tekijöitä.

2 OMAISHOITAJUUS

Omaishoitotilanne voi olla seurausta pitkäaikaisesta toimintakyvyn heikkene- misestä, äkillisestä sairastumisesta tai vammautumisesta sekä lapsen tarvitsemasta erityisestä hoivasta ja huolenpidosta. Omaishoitajana on ensisijaisesti puoliso, vanhempi tai lapsi. Hän voi olla työikäinen tai jo eläkeiän saavuttanut. Omaishoitaja voi asua yhdessä hoidettavan kanssa tai käydä päivittäin, jopa useita kertoja hoidettavan luona. Vähiten tunnettu ja tuettu omaishoidon muoto on etäomaishoito, jolloin omainen tukee kaukana asuvaa läheistään käymällä säännöllisesti hänen luonaan. Muuna aikana tukena on toinen palvelumuoto esim. kotihoito. (Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry s.a.; Oulun seudun omaishoitajat ja läheiset s.a.; Purhonen ym. 2011, 12–15.)

Suomessa omaishoidon kehittämisestä, ohjauksesta sekä lainsäädännön alustuksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö (s.a.). Omaishoidon tuki on kokonaisuus, jossa huomioidaan omaishoitaja sekä omaishoidettava. Omaishoito on tukimuotona harkinnanvarainen sosiaalipalvelu, joka toimii kunnan omaishoidontukeen varaamilla määrärahoilla. (Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry s.a.; Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 26; Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a.; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 25)

Laki omaishoidon tuesta (950/2005) sekä sosiaali- ja terveysministeriö (s.a.) rajaa omaishoitajan henkilöksi, joka on tehnyt omaisensa tai muun läheisensä omaishoidosta toimeksiantosopimuksen hoidosta vastaavan kunnan kanssa. Toimeksiantosopimus voidaan solmia, kun omaishoidon tuelle asetetut lain mukaiset myöntämisedellytykset täyttyvät. Myöntämisedellytyksillä painotetaan omaishoitajan vapaaehtoisuuteen ja terveyden sekä toimintakyvyn on vastattava hoidon asettamia vaatimuksia. (Laki omaishoidon tuesta 2., & 3. §; Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry s.a.; Purhonen ym. 2011 26–28; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.; Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005, 12, 22)

Omaishoidolla tarkoitetaan omaishoitajan avulla ja tuella vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön huolenpidon ja hoidon järjestämisestä kotioloissa. Hoidon tulee olla hoidettavan edun ja oikeuksien mukaista. (Laki omaishoidon tuesta 3. §; Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry s.a.; Purhonen ym. 2011, 13, 14; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.; Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005, 11)

Toimeksiantosopimus kunnan kanssa tekee omaisesta tai läheisestä virallisen omaishoitajan kunnan ja valtion silmissä. Heitä oli Suomessa n. 43 000 vuonna 2014. Omaishoitotilanteita Suomessa arvioidaan kuitenkin olevan noin 300 000, joista viidesosa arvioidaan olevan hoidoltaan sitovia ja vaativia. Näiden arvioiden mukaan sitovia ja vaativia omaishoitotilanteita on n. 17 000 enemmän kuin virallisia omaishoitajia. (Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry s.a.; Sarvimäki 2007, 49.)

Moni hoitaa omaistaan ilman virallista omaishoitotosopimusta, koska tilannetta ei tiedosteta tai tunnusteta. Omaishoitotilanne ei ole riippuvainen virallisesta tuesta. Lakisääteisen tuen ulkopuolelle jää iso osa omaishoitotilanteita, joiden vaativuus ja sitovuus edellyttäisivät virallista tukea. Tukea myönnetään usein liian myöhään, jolloin omaishoitajan hyvinvointi on jo vaarantunut. (Purhonen ym. 2011, 13, 14.)

Omaishoitaja kohtaa työssään päivittäin kysymyksiä oikean ja väärän välillä. Omaishoitajana toimimisessa yhdistyvät tahto sekä tiedot ja taidot. Omaishoitajaksi ryhtyminen vaatii tahtoa ja halua tehdä työnsä hyvin, tiedot ja taidot kertyvät ja muokkaantuvat matkan varrella. Omaishoitajan on osattava asettua

myös hoidettavan asemaan, millaisena hän kokee maailman tai mitä hoidettava kaipaa elämäänsä. Useimmiten ikääntyneiden kohdalla virikkeet eivät ole tärkeässä asemassa, vaan tärkeämpää on inhimillinen vastaantulo. (Mäkinen 2011, 50–53; Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 53–55; Lahtinen 2009, 11.)

2.1 Iän vaikutus omaishoitajuuteen

Omaishoitajista suurin osa on eläkeikäisiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) tekemästä kuntakyselystä (2012) selviää että 60 % omaishoitosopimuksen tehneistä omaishoitajista oli eläkkeellä. Yli 25 % heistä oli 75 vuotta täyttäneitä. (Mattila 2014, 114; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 12.)

Iän ja elämän tuomat kokemukset ja arvot yhdessä olosuhteisiin muokkaavat ihmisen kokemaa halua osallistua läheisensä hoitoon. Purhosen (2011, 17) omaishoitotutkimuksessa mainitaan, että nuoremmat sukupolvet kokevat hoidon ja huolenpidon vaativammaksi kuin vanhemmat sukupolvet. (Purhonen 2011, 17.)

Lampinen (2004, 220) pohtii artikkelissa, ettei iällä ole vaikutusta psyykkisen hyvinvoinnin kokemiseen. Stenbock-Hult (2012, 41) pohtii myös, ettei iällä ole varsinaista merkitystä omaishoitajien kokemaan psyykkiseen kuormitukseen. Iän tuomat toimintakyvynvajeet, krooniset sairaudet ja passiivisuuden lisääntyminen ovat tekijöitä, jotka heikentävät psyykkistä hyvinvointia. Koskimäki (2013, 45) mainitsee ikääntyvien omaishoitajien kokevan kielteisenä omien voimavarojen niukkuuden, joka vaikuttaa perheen sisäiseen että ulkoiseen elämään. Voimavarojen heikentyminen aiheuttaa pelkoa ja toivottomuutta erityisesti ikääntyneissä. Huoli nousee siitä, ettei itse pysty jatkamaan omaishoitajana. (Arola 2012, 55; Lampinen 2004, 220.)

Työelämässä mukana olevat omaishoitajat kokivat Koskimäen (2013, 54) tutkimuksen mukaan työn ja omaishoidon yhteensovittamisen kuormittavaksi. Heino (2011, 96–99) pohtii työn kuitenkin antavan omaishoitajalle tauon omaishoitotilanteesta. Työ antaa omaishoitajalle mahdollisuuden sosiaalisiin kontakteihin, arvostuksen ja omanarvontunnon saavuttamiseen. Työ ehkäisee syrjäytymistä ja voi parhaimmillaan edistää omaishoitajan psyykkistä hyvinvointia vähentämällä stressiä. (Heino 2011, 97–98.)

2.2 Sukupuolen vaikutus omaishoitajuuteen

Omaishoitajista suurin osa on naisia, mihin luonnollisena syynä naisten korkeampi eliniän odote. Naiset ottavat usein päävastuun perheen sisällä lasten-, sairaiden- ja iäkkäiden hoivasta ja huolenpidosta, miesten jäädessä vastuusta taka-alalle. Vanhuspolitiikassa on jälleen 90-luvun laman myötä aloitettu painottamaan omaisten vastuuta läheistensä hoivaan ja huolenpitoon. Sukupuolierojen vuoksi naiset voivat olla lähes koko elinikänsä hoitaja-roolissa. Miehille omaishoitaminen voi olla elämänsä ensimmäinen kokemus hoitaja-roolissa, joka tuo uusia haasteita elämään. (Lahtinen 2009, 15; Sarvimäki 2007, 49, 52–53; Tapio 2007, 42.)

Tapio (2007, 43) nostaa aiemmasta julkaisemattomasta tutkimuksestaan esille havaitsemansa kuusi teemaa miehien kokemasta hoivasta, joita Lahtinen (2009, 15) ja Sarvimäki (2007, 51) puoltavat omissa julkaisuissaan. Miesten kerronta painottui me-kerrontaan ja oli tunneilmaisuiltaan niukkaa. Heillä oli vaikeuksia sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen, jossa heidän tulee ottaa vastuu aiemmin naiselle kuuluvista töistä. Sopeutumista helpottamaan miehille oli tärkeää olla mukana myös kodin ulkopuolisissa projekteissa, kuten järjestöjen toiminnassa mukana. (Lahtinen 2009, 15; Sarvimäki 2007, 51; Tapio 2007, 43–44.)

Tapio (2007, 43–44) kirjoittaa naisten tulkitsevan hoivaa ihanteiden kautta. Naiset kokivat hoitajaroolin sisältävän sitoutumisen, tiedon, osaamisen, jaksamisen ja emotionaaliset tunteet. Omaishoitajina naiset vertaavat tekemäänsä omaishoitotyötä ammattilaisen tekemään työhön, joka kasvattaa taakkaa ja lisää paineita. Naishoitajilla masennus ja uupumus työhön ovat siten yleisempiä kuin miehillä. Negatiivisista ilmaisuista nousi epäsuorasti esille muun muassa riittämättömyyden tunne, vaikka sille ei olisi ollut aiheutta. (Lahtinen 2009, 15; Tapio 2007, 44.)

Tapion (2004, 88) tutkimuksesta käy ilmi, että miehet ja naiset sisällyttävät hoitoon eri asioita. Miehet kokevat hoitoon kuuluvan kotityöt ja naiset taas kuvaavat hoidon olevan pääasiassa hoidettavan hoitoa. Tapio (2007, 47) kertoo kohdanneensa artikkelin, jossa kerrottiin karaokekappaleista mitä suomalaiset laulavat eniten. Hän kokee kappaleiden kuvaavan miesten ja naisten välisiä

eroavaisuuksia hoitaja-roolissa. Miehillä kappaleena oli ”I did it my way” ja naisilla ”I will survive”. (Tapio 2004, 47; Tapio 2007; 88.)

3 PSYKKINEN HYVINVOINTI JA VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Psyykinen hyvinvointi on käsitteenä laaja, monisyinen ja monitasoinen ilmiö. Se on prosessi, jossa ihminen pyrkii ylläpitämään psyykkistä tasapainoa erilaisissa elämäntilanteissa ja muuttuvissa olosuhteissa. Psyykkisen hyvinvoinnin käsitteen yksi synty on älykkyyden ja myöhemmin kognitiivisen eli tiedollisten toimintojen tutkimus. Voidaan ajatella, että henkilön kognitiiviset toiminnot ovat yhteydessä siihen, kuinka hän käsittelee tietoa ja miten hän selviytyy erilaisista tiedonkäsittelyä vaativista tehtävistä. Psyykinen hyvinvointi liitetään usein virheellisesti suoraan mielenterveysongelmiin. (Lampinen 2004, 219; Ruoppila 2002, 119–122; Saarenheimo 2012, 42–43.)

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyy monia osatekijöitä, joita on ryhmitelty monella eritavalla. Carol Ryff on jakanut teoksessa *Mielenterveys vanhuudessa* (Saarenheimo 2012, 42–43) ikääntyneiden psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet kuuteen eri osatekijään; minuuden ja elämäntilanteen hyväksyminen, elämän tarkoituksellisuus, sosiaaliset vuorovaikutussuhteet, elämänhallinta, autonomia, henkilökohtainen kasvu ja omien mahdollisuuksien toteuttaminen. Yksilöllisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen edistävät psyykkistä hyvinvointia. Omaishoitajuus kasvattaa henkisesti vahvemmaksi ja elämää oppii ymmärtämään syvemmin. (Lahtinen 2009, 19; Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 5; Saarenheimo 2012, 42–43.)

Psyykkisen hyvinvoinnin riskitekijöitä ikääntyneillä ovat ikääntymismuutokset kognitiivisella sekä fyysisellä puolella, menetykset ihmissuhteissa, vuorovaikutukseen liittyvät muutokset, kielteiset asenteen yhteiskunnassa, autonomian menetys. Lisäksi on eräitä erityistilanteita, joista yhdeksi keskeiseksi asiaksi on nostettu omaishoito. (Lampinen 2004, 219; Ruoppila 2002, 119–122; Saarenheimo 2012, 42–43.)

Stenbock-Hultin (2012, 40) toteuttamassa tutkimuksessa havaittiin merkittäviä eroja omaishoitajien ja muiden vastanneiden kesken kysyttäessä koetusta psyykkisestä pahoinvoinnista. Suurin osa vastanneista koki kuormittuneisuuden vähäiseksi, samalla kuitenkin todeten itsensä tavallista apeakemmaksi ja

onnettomammaksi. Omaishoitajat ovat usein selvästi psyykkisesti kuormittuneempia kuin muut keskiverto suomalaiset. (Malmi 2011, 104–106; Stenbock-Hult 2012, 40.)

3.1 Omaishoitajien psyykkisen hyvinvoinnin tukimuodot

Omaishoitajan palvelujärjestelmän kokonaisuus ja tukimuodot koostuvat kunnan tarjoamista tuista: omaishoidon tuki, sosiaalityö, kotipalvelu, päivätoiminta ja päiväsairala, asumispalvelut, laitoshoido, perhehoito, vammaispalvelulain piiriin kuuluvat palvelut ja kuntoutus. Muita palveluita, kuten vammaistukea ja kuntoutusta tarjoaa Kela, sekä eri järjestöt, seurakunnat, vapaaehtoistoiminta, kylätoimikunnat, yksityiset palvelujen järjestäjät sekä muut paikkakunnalla toimivat tahot. (Purhonen 2011, 83; Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 11–12.)

Omaishoitotilanteessa omaishoitaja tarvitsee tietoa ja tukea työhönsä monella osa-alueella. Omaishoitajan tuen tarpeita ovat esimerkiksi hoito- ja palveluohjaus, taloudellinen tuki, hoitoapu, vapaa-aika ja henkinen tuki. Tukimuodot yhdessä täydentävät ja tukevat toisiaan, vaikka kaikki edellä mainitut tukimuodot eivät ole puhtaasti psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavia tukimuotoja. (Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76.)

Omaishoidon palvelujärjestelmän haasteena on sen monimutkaisuus ja sirpaleisuus. Tukimuotoja on, mutta ne liitetään usein virallisen omaishoidontuen elementteihin, vaikka se kattaa vain murto-osan omaishoitotilanteista. Tämä tuottaa omaishoitajalle valtavasti tekemistä ja on aikaa vievää, kun palvelut ovat hajallaan. Tässä kohtaa korostuu yhteyshenkilön merkitys. Palvelujärjestelmän piiriin pääseminen on hyvin sattumanvaraista ja vaatii omaishoitajalta oma-aloitteisuutta sekä aktiivisuutta. Viranomaistahojen haasteena on ensitiedon antaminen, kertaaminen ja uuden tiedon jakaminen. Omaishoitotilanteet ovat muuttuvia, jokainen tilanne erilainen ja vaatii yksilöllistä tarkastelua. (Kaakkurinniemi 2014, 14,15; Purhonen 2011, 82–84.)

Psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta tärkein tukipilari on usein perheen sisällä tai lähipiirissä. Sosiaalisesta verkostosta erityisesti lähipiiriin tuoma tuki tunnetasolla on merkityksellinen omaishoitoperheelle. Vertaistuen antama vuorovaikutus ja yhdenvertaisuus sekä eri viranomaistahojen, kuten terveydenhuollon ja sosiaalihuollon antama ja järjestämä keskusteluapu, sekä konkreettinen tuki ovat tärkeitä psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Sosiaali-

ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat merkittävässä roolissa tuen tarpeiden tunnistamisessa ja kartoittamisessa kunkin omaishoitoperheen keskuudessa. Omaishoitajat kokevat jäävänsä pompoteltavaksi vaikeassa ja sekalaisessa järjestelmässä. Selkeää suunnitelmaa ei ole, vastuuta siirretään taholta toiselle ja konkreettista arjen apua on työlästä saada esimerkiksi ajan puutteen vuoksi. (Lahtinen 2009, 13; Lampinen 2004, 220; Malmi ym. 2011, 78–80.)

3.2 Psyykkisen hyvinvoinnin vaikutus omaishoitajan elämään

Omaishoito avaa hoitoverkostoja ja opettaa avoimuutta puhua vaikeistakin asioista, omaishoitajat kokevatkin, että heidän sosiaalinen vaikuttaminen on kehittynyt. Vaikeudet ja koettelemuksen omaishoitajan työssä opettavat elämään hetkessä ja luovat uskoa selviytyä haasteista. Ne lisäävät uskoa omaan kasvuun ja kehitykseen. Maailmankuva laajentuu ja elämänymmärrys kasvaa. Toisaalta kielteiset seuraamukset voivat olla niin suuret, että elämän uudelleen rakentaminen ei onnistu. (Lahtinen 2009, 19.)

Uudet erilaiset tilanteet ja tapahtumat eivät välttämättä herätä omaishoitajassa suuria tunteita tapahtuma hetkellä, mutta tunnereaktiovaiheessa tunteet saavat vallan. Tunnereaktiovaihe on tilanne, joka voi puhjeta päivien, viikkojen jopa kuukausien päästä tapahtumasta tai tilanteesta merkittävien muutoksien tai uutisten jälkeen. Tämä tilanne saattaa omaishoitajasta tuntua kummalliselta ja vieraalta. Tunnereaktiovaiheen jälkeen seuraa työstämis- ja käsittelyvaihe, jossa positiiviset puolet löytyvät. Hyväksyminen ja sopeutuminen tilanteeseen alkavat. On tärkeää hyväksyä sekä ymmärtää tunnetilat että oppia elämään niiden lävitse. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2010, 34–38; Palosaari 2014, 179, 180.)

Hoidettavan äkillinen sairastuminen, terveydentilan muutokset, pettymykset palveluissa, läheisten ja naapureiden ymmärtämättömyys rasittavat omaishoitajan psyykkistä hyvinvointia. Omaishoitajan ja hoidettavan fyysiset, sosiaaliset ja psyykkiset muutokset johtavat pikkuhiljaa yksinäisyyteen, mielialan laskuun, väsymykseen ja tilanteen jatkuessa psyykkisen hyvinvoinnin heikkeneemiseen. (Palosaari 2014, 179, 182; Uusitalo 2014, 130, 131.)

Omaishoitajan terve itsekkyys on hyväksi, pitkällä aikavälillä se voi säästää omaishoitajan, hoidettavan sekä läheisten voimia ja edistää jaksamista (Palosaari 2014, 182). Oman ajan huomioiminen edistää omaishoitajan jaksamista

myös omaishoitotilanteen päätyttyä. Asioihin ajoissa puuttumalla voidaan ehkäistä monia ongelmia. (Uusitalo 2014, 130, 131.)

3.3 Erilaiset tunnetilat

Erilaisten koettujen tunnetilojen jakautuminen määrittää yksilön kokemaa elämää joko hyvänä tai huonona. Positiivisten tunteiden määrän ollessa enemmistö verrattain negatiivisiin tunteisiin voi tehdä yksilön elämästä hyvää, vaikkei hyvinvointi olisikaan hyvä. (Sarvimäki 2012, 43).

Tunnereaktiot ovat normaaleja, inhimillisiä elämään kuuluvia asioita, mutta pitkittyessä ne vaikuttavat merkittävästi toimintakykyyn ja voivat alkaa hallita koko elämää. Erityisesti muutostilanteet saatetaan kokea uhkana, pelkoa herättävänä kokemuksena ja tulevaisuutta on pohdittava uudelleen. (Kaivolainen 2011, 107, 108; Lahtinen 2009, 10–12.)

Omaishoitotilanne tuo suuria muutoksia, se on haasteellinen koko perheelle ja muutostilanteeseen reagoiminen on yksilöllistä. Omaishoitotilanteen alkaessa täytyy miettiä omia valintoja sekä ihmissuhteita lähipiirissä. Yllättävät ja voimakkaat tunteet ovat tässä tilanteessa tavallisia, hengellisyys elämänarvona voi tuoda toivoa tilanteeseen. Roolimuutokset perheessä vaativat kärsivällisyyttä, uusien taitojen opettelua, asennoitumista tilanteeseen, ratkaisukykyä sekä psykologisia taitoja kyetäkseen käsittelemään muutoksen tuomia tunteita. Positiivisten sekä negatiivisten tunteiden purkaminen ulkopuoliselle henkilölle on tärkeää. (Kaivolainen 2011, 107, 108; Lahtinen 2009, 10–12; Uusitalo 2014, 130.)

3.3.1 Positiiviset tunnetilat

Positiivisista tunnetiloista rakkaus on monisyinen ja sisältyy jokaiseen omaishoitotilanteeseen. Rakkaus voimistaa muiden tunteiden kokemista. (Kaivolainen 2011, 108; Purhonen ym., 2011, 18.)

Koskimäen (2013, 48) mukaan omaishoitajat kokevat kiitollisuutta ja mielekkyyttä saadessaan olla läheisensä kanssa ja tietävät hänellä olevan hyvä elämänlaatu ja hyvän olon tunne. Kiintymys tunnetilana palkitsee ja tuo toivoa omaishoitajan työhön. Tyydytyksen tunne syntyy siitä, että on läheisen tukena vaikeina hetkinä ja voi omalla toiminnallaan parantaa toisen ihmisen oloa mahdollistaen hyvän loppuelämän. Läheisen kuoleman jälkeen omaishoitaja

voi tuntea helpotusta raskaan taakan pudottua harteilta. (Kaivolainen 2011, 108, 109; Koskimäki 2013, 48; Lahtinen 2009, 10, 18.)

Ikääntyneen hoidossa ilo kerääntyy pienistä palasista ja hyvistä hetkistä arjessa (Lahtinen 2009, 10). Hoidon käydessä vaativammaksi sitä pienemmistä asioista omaishoitaja ammentaa onnen hetkiä. Toivoa luovat positiiviset tunteet ja yleinen positiivinen asenne auttavat jaksamaan eteenpäin. (Kaivolainen 2011, 109,110; Koskimäki 2013, 48; Lahtinen 2009, 10, 18.)

Myötätunto ja läheisenä rinnalla kulkeminen vaatii omaishoitajalta taipumusta kulkea toisen rinnalla hänen ollessa murtunut, haavoittuva, heikko ja yksinäinen. Empatia on avainasemassa tunteiden ja ajattelun tasolla. Hyväksytyksi tuleminen antaa voimia omaishoitajalle, vaikka puutteita esiintyisikin. (Kaivolainen 2011, 109; Lahtinen 2009, 11,12.)

3.3.2 Negatiiviset tunnetilat

Erilaiset negatiiviset tunnereaktiot sisältävät lainalaisuuksia ja ne koettelevat omaishoitajan psyykkistä hyvinvointia. Omaishoitajan on usein vaikea hyväksyä kaikkia kokemiaan negatiivisia tunteita. Erilaisten negatiivisten tunnereaktioiden tunnistaminen on hyödyllistä, koska se auttaa omaishoitajaa ymmärtämään itseään ja toista paremmin, sekä sen avulla voidaan välttyä pahoinvoinnilta. (Kaakkurinniemi 2014, 11; Palosaari 2014, 177.)

Puhuttaessa sairaan tai ikääntyneen hoidosta siihen liittyy usein surua. Omaishoitaja kohtaa surua työssään, kun näkee hoidettavan kunnon romahtavan tai väistämättömästi silloin kun kohdataan kuolema. Luopuminen ja eroaminen ovat arjessa voimakkaasti läsnä, paranemisesta ei yleensä ole toivoa. Omaishoidon aikana koetut tunteet purkautuvat surun kautta omaishoitotilanteen päättyessä. (Kaivolainen 2011, 122; Lahtinen 2009, 10,18.)

Väsyyksen tunne voi ilmetä tilanteissa, joissa omaishoitajan omat tarpeet uppoavat velvollisuuksien ja omaishoidon myötä tulleiden uusien tunteiden keskelle. Omaishoitaja kokee usein syyllisyyden tunnetta vaikeina hetkinä, uupumus, ärtyneisyys ja muut negatiiviset tunteet täyttävät mielen. Hoidettavan mielialan ja persoonan muutokset uuvuttavat omaishoitajan mieltä. Tiedontasolla väsymys on helpompi ymmärtää kuin tunnetasolla. (Kaakkurinniemi

2014, 12,13; Kaivolainen 2011, 116; Lahtinen 2009, 11,12; Palosaari 2014, 177.)

Viha on tunteena voimakas ja monisyinen tunnereaktio. Kaivolainen (2011, 112–116) kuvaa vihaa kolmella eri tavalla. Viha, joka syntyy väsymyksen ja kohtuuttomien odotusten kautta, uhkaa omaishoitajan jaksamista. Epäreilu kohtelu ja arvottomuuden tunteet nostavat pinnalle epäoikeudenmukaisuuden vihan tuntemukset. Viha voi myös olla voimaannuttavaa, se voi tuoda väliaikaista helpotusta ja voi auttaa omaishoitajaa löytämään todellisia ja vaikeitakin tunteita. (Kaivolainen 2011, 112–116.)

Yksinäisyyden kokeminen on yksilöllistä. Ihminen voi kokea yksinäisyyttä, vaikka olisi ihmisten ympäröimänä. Yksinäisyyden kokeminen vaikuttaa usein negatiivisesti psyykkiseen hyvinvointiin. Yksinäisyys on monesti läsnä omaishoitajan työssä. Yksinäisyyden aiheuttama syrjäytyminen asettaa iäkkäät haavoittuvaan asemaan. Erityisesti he kokevat yksinäisyyttä, joilla tuki-verkostot ovat kaukana tai puuttuvat kokonaan. (Lahtinen 2009, 18, 19; Sarvimäki 2012, 45; Sisäasiainministeriö, 2011, 13; Stenbock-Hult & Sarvimäki 2012, 48; Tiikkainen 2004, 146–148.)

Syyllisyyden tunne omaishoitajantyössä on yleinen. Omaishoitaja voi tuntea syyllisyyttä pitämästään vapaa-ajasta tai siitä että ei kykene mielestään vastaamaan kaikkiin hoidettavan tarpeisiin. Syyllisyyden tunnetta voi vahvistaa hoidettavan sairauden mukana tuoma epäluuloisuus ja syyllistäminen hoitajaa kohtaan. (Kaakkurinniemi 2014, 16.)

3.4 Väkipalta ja päihteet

Mattila ja Kakriainen (2014, 30) tuo tutkimuksessaan omaishoitajiin hoidettavien toimesta kohdistuvan turvallisuusongelman. Turvattomuutta kuvattiin lähinnä fyysisen väkivallan pelkona niin omaishoitajan kuin työntekijöidenkin kokemana. Väkipaltaiset käytöshäiriöt voi olla yksittäisiä tai toistuvia. Päihteiden käytön yleistyessä ikääntyvällä sukupolvella, erityisesti alkoholin käyttö näkyy väkipaltatilastoissa riskiä nostavana. (Kaakkurinniemi 2014, 12; Mattila & Kakriainen 2014, 30; Väkipallan vähentäminen, 2014.)

Sisäasianministeriön (2011, 18) julkaisussa henkinen ja fyysinen väkivalta sisällytettiin kaltoinkohteluun. Kaltoinkohteluun liitetään myös vahvasti seksuaalinen ja taloudellinen hyväksikäyttö, avun ja tuen laiminlyönti, loukkaaminen, oikeuksien rajoittaminen ja ihmisarvoa alentava kohtelu. Kaltoinkohtelu on niin tekojen tekemättömyyttä kuin tekoja. Julkaisussa riskiryhmään laskettiin toimintakyvyltään alentuneet, yksin asuvat ja muistisairaat, omaishoitajia ei huomioitu (Sisäasianministeriön, 2011, 18). Kaltoinkohtelua havaittiin tulevan myös julkisesta palvelujärjestelmästä, hoidon ja tuen laiminlyönnin muodossa. (Luoma & Manderbacka s.a., 9; Sisäasiainministeriö, 2011, 18–19; Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos, 2015.)

Väkivallalla ja päihteiden väärinkäytöllä vaarannetaan ikääntyneen terveydentila, turvallisuus ja hyvinvointi sekä pahimmillaan henki. Ikääntyneen ihmisen kokeman kaltoinkohtelun varhainen tunnistaminen ja puuttuminen edistävät psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. (Luoma & Manderbacka s.a., 14.)

3.4.1 Henkinen ja fyysinen väkivalta

Väkivallassa, joka kohdistuu ikääntyneisiin, on erityispiirteitä. Näiden vuoksi tunnistaminen ja puuttuminen vaikeutuvat. Usein väkivallan tekijä on läheinen ja tekopaikkana koti. Naiset ovat miehiä useammin väkivallan kohteena. Arvot ja asenteet ohjaavat ikääntyneen kokemusta ja halua ilmaista väkivallasta ulkopuolisille, näin ollen väkivallasta tulee usein pitkäkestoista. (Mattila & Kakriainen 2014, 30.)

Ikääntyneisiin suuntautuvaa väkivaltaa tapahtuu kodin sisällä kuin ulkopuolellakin. Useimmiten tekijä on perheen tai parisuhteen sisältä, mutta tekijöitä tavataan myös palvelurakenteesta sekä muista tutuista ja tuntemattomista. Mattila ja Kakriainen (2014, 30) mainitsee, ettei omaishoitoperheessä lähisuhdeväkivalta ole harvinaisuus. (Mattila & Kakriainen 2014, 30.)

Henkinen väkivalta määritellään pelkoa ja henkistä ahdistusta tarkoituksellisesti tuottamalla, muassa äänen korottaminen, nimittely sekä muutoin alentava ja loukkaava kohtelu. Muita ilmentymismuotoja ovat nöyryytys, eristäminen, kiristäminen ja pelottelu. Henkisen väkivallan riski kasvaa tekijän ollessa riippuvainen uhrista taloudellisesti. Henkinen väkivalta on myös valta-aseman väärinkäyttöä, tällä tarkoitetaan lähinnä omaishoitosuhteen ulkopuolelta tule-

vaa epäasiallista ja alentavaa kohtelua. Riskiä lisää henkilöstön kouluttamattomuus ja osaamattomuus. Ehkäisemiseksi vaaditaan korkeaa eettistä asennoitumista ja tasapainoista suhdetta. (Lahtinen 2009, 11, 12; Sisäasiainministeriö 2011, 18, 19.)

Fyysistä väkivaltaa on tarkoituksellinen ruumiillinen kivun ja vahingot tuottaminen toiselle ihmiselle. Fyysinen väkivalta on puristamista, nipistämistä, lyömistä, tönimistä, kuristamista, fyysistä rajoittamista, repimistä, esineellä heittämistä sekä teräaseella uhkaamista. (Suvanto ry s.a.)

3.4.2 Päihteiden väärinkäyttö

Yksittäinen suuri taustatekijä onnettomuuksiin, väkivaltaan ja tapaturmiin on alkoholi. Alkoholin kulutus on kasvanut, erityisesti ikääntyvien keskuudessa. Ikääntyneistä erityisesti naiset haluavat salata alkoholinkäyttöä. Ikääntyneillä liiallinen päihteiden käyttö on usein sidoksissa masennukseen, yksinäisyyteen, turvattomuuden tunteeseen, tai ikääntynyt voi kokea elämänsä tarkoituksettomaksi. (Mattila & Kakriainen 2014, 22; Mäkelä ym. 2009, 208, 209, 211, 212.)

Alkoholin vaikutukset ikääntyneiden elimistössä muuttuvat ja voimistuvat. Erytyisesti lääkaineiden ja alkoholin samanaikaisella käytöllä on haitallisia vaikutuksia hyvinvointiin ja terveyteen. Alkoholin ja lääkkeiden samanaikainen käyttö lisää mm. aggressiivisuutta ja sekavuutta. Pitkään jatkunut runsas alkoholin kulutus heikentää kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Mattila & Kakriainen 2014, 22; Mäkelä ym. 2009, 210, 211; Saari 2007, 208.)

Sosiaalisten verkostojen vähyys nostaa riskiä alkoholin kulutuksen kasvuun. Toisaalta sosiaalinen verkosto saattaa käyttää ikääntynyttä taloudellisesti hyväkseen ostamalla päihteitä. (Mattila & Kakriainen 2014, 22; Sisäasiainministeriö 2011, 35, 44.)

3.5 Elämänlaatu ja tulevaisuus

Elämänlaatu määritellään subjektiivisena kokemuksellisuutena omasta elämästä tarkoittaen muun muassa hyvää, mielekästä ja tasapainoista elämää. Elämänlaatu on suuri kokonaisuus, johon liittyy rajattomasti ulottuvuuksia ja eri osatekijöitä. Yleisesti se esitetään koostuvaksi ainakin koetusta elämän-

laadusta, psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta sekä ympäristöön liittyvästä ulottuvuudesta. (Luoma. 2010, 74–75; Malmi 2011, 104–105; Sarvimäki 2012, 42.)

Ikääntyneiden elämänlaatua parantavat ja huonontavat tekijät vaihtelevat iän mukaan, mutta kaikenikäisille on tärkeää säilyttää elämänhallinnan tunne. Hyvää psyykkistä elämänlaatua pitävät yllä omaan ikääntymiseen sopeutuminen, mielen voimavarat, elämän tarkoitukselliseksi kokeminen, negatiivisten tunteiden vähyys, aktiivisuus sekä tyytyväisyys saamaansa hoitoon. (Luoma. 2010, 79.)

Omaishoitajat kokevat voivansa keskivertosuomalaisia heikommin, mikä selviää myös tutkimustuloksista. Koskimäki (2013, 45) toteaa omaishoitajien saattavan uhrautua hoidettavan takia, mm. harrastukset jäävät pois, jolloin heidän oma elämänlaatunsa kärsii. Harrastuksien pois jääminen heikentää sosiaalista aktiivisuutta ja mahdollisuudet kodin ulkopuoliseen toimintaan vähenvät, tämä vaikuttaa negatiivisesti psyykkiseen hyvinvointiin. (Lahtinen 2009,13; Lampinen 2004, 220; Uusitalo 2014, 130–131.)

Omaishoitotilanne tuo mukanaan muutoksia, jolloin tulevaisuutta on jäsenneltävä uudelleen (Uusitalo 2014,130). Tulevaisuuteen liittyy pelkoa ja huolta omasta terveydestä ja jaksamisesta selviää Koskimäen (2013, 47) tekemästä opinnäytetyöstä. Koskimäki (2013, 47) mainitsee tulevaisuuden pelottavan erityisesti ikääntyneitä omaishoitajia, jotka pohtivat, kuka hoitovastuun ottaa, jos itse ei enää pysty.

3.6 Terveys ja toimintakyky

Ikääntyminen tuo mukanaan muutoksia kaikilla toimintakyvyn ja hyvinvoinnin osa-alueilla, jotka vaativat sopeutumista tilanteeseen. Toimintakyvyn ja terveyden ylläpitäminen on erityisen tärkeää ikääntyessä, koska se ennaltaehkäisee monia ongelmia, kuten psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemistä. Hyvän terveyden, toimintakyvyn ja aktiivisen elämän on huomattu vaikuttavan psyykkiseen hyvinvointiin positiivisesti. Hyvän psyykkisen hyvinvoinnin tekijöinä Lampinen (2004, 219) mainitsee muun muassa. autonomian, riippumattomuuden, itsearvostuksen ja elämänlaadun. Psyykkinen hyvinvointi vaikuttaa myös koettuun terveyteen ja toimintakykyyn. Stenbock-Hultin (2012, 42) tutkimuksesta käy

ilmi omaishoitajien fyysisen terveyden olevan heikompi kuin muiden vastaajien. (Lampinen 2004, 219; Uusitalo 2014, 130–131.)

Jokapäiväisistä askareista selviytyminen viittaa vahvasti hyvään terveyteen ja toimintakykyyn. Toimintakykyä voidaan tarkastella jäljellä olevana toimintakykynä sekä toiminnanvajavuuksina. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Arola 2013, 55; Lyyra 2007, 21.)

Terveys voidaan määritellä tasapainona yksilön omien tavoitteiden, voimavarojen, sosiaalisen ja fyysisen ympäristön välillä. Terveyttä voidaan kuvata selviytymisenä arjen askareista, vapautena harrastaa ja toteuttaa itseään, mahdollisuutena sosiaalsiin kontakteihin ja niiden ylläpitoon sekä hyvään mielen-terveyteen. (Lyyra 2007, 16–17.)

3.7 Sosiaalinen kanssakäyminen

Läheisyys ja yhteisöllisyys ovat jokaiselle ihmiselle tarpeellisia ja tärkeitä. Sosiaalisten suhteiden, sosiaalisen aktiivisuuden ja sosiaalisen tuen on todettu olevan yhteydessä ihmisen psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Sosiaaliset suhteet vaikuttavat ihmisen kehitykseen, terveyteen ja mahdollisiin sairauksiin. Vertaistukiryhmillä voidaan parantaa sosiaalista terveyttä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 70–85.)

Sosiaalinen verkosto ja hyvät sosiaaliset suhteet voivat vaikuttaa positiivisesti terveyteen, auttavat sopeutumaan muutoksiin ja sairauksiin sekä selviytymään erilaisista menetyksistä tai toimintakyvyn heikkenemisestä. Hyvä sosiaalinen verkosto edistää psyykkistä ja fyysistä terveyttä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72–73.)

Omaishoitosuhteessa hyvä dialogisuus vaikuttaa tunteisiin ja ajatteluun merkittävästi kaikissa sosiaalisissa suhteissa (Lahtinen 2009, 11,12). Koskimäki (2013, 55) toteaa hoidon sitovuuden ja hoidettavan kunnon vaikuttavan merkittävästi omaishoitajan kykyyn ylläpitää omia sosiaalisia suhteita. Sosiaalisten suhteiden vähentymiseen on useampia syitä mm. hoidettavan hoitorytmi, käyttäytyminen, heikko vastustuskyky ja muutoin vähentyneet yhteydenotot sekä ajan rajallisuus. Voimavarojen väheneminen vaikeuttaa myös uusien ihmisten suhteiden rakentumista. (Koskimäki 2013, 55; Lahtinen 2009, 13; Uusitalo 2014, 130–131.)

Omaishoitotilanteessa suhde hoidettavaan usein muuttuu, omaishoitaja asettuu hoitajan rooliin ja hoidettava esim. aviopuolisosta potilaaksi. Omaishoitajalle hoitajan roolilla on myös yhteiskunnallinen merkitys, jossa hän kokee tyydytystä siitä että yhteiskunnan laitospalvelujen sijasta kykenee hoitamaan läheistään säästäten yhteiskunnan varoja. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 58–59; Lahtinen 2009, 13.)

3.8 Koettu tarpeellisuus ja tarkoituksellisuus

Omaishoitajan työssä kysymykset tarpeellisuudesta ja tarkoituksellisuudesta ovat tärkeitä kysymyksiä. Työn tarkoituksellisuuden löytäminen voi olla vaikeaa etenkin vakavan sairauden tai vaikeasti vammautuneen ihmisen hoidossa. Omaishoitajalle oman elämän tarkoituksellisuus antaa pohtimisen aiheita. Omaishoitaja unohtaa usein itsensä, jolloin oman elämän eläminen ja omien tarpeiden huomioiminen jäävät toissijaisiksi. Tarpeellisuuden kokeminen luo motivaatiota ja antaa voimia omista tarpeista huolehtimiseen. Oman elämän vertaaminen muiden elämään ja tunne oman elämän hukkaamisesta voivat johtaa katkeroitumiseen. Oman elämän tarkoituksen unohtaminen voi olla myös suoja mekanismi haavoittuvuudelle. (Kaivolainen 2011, 122; Lahtinen 2009, 12, 13; Sarvimäki, Stenbock-Hult & Heimonen 2010, 172, 175; Tiikkainen & Lyyra 2007, 75.)

Sitoutuminen ja vastuun kantaminen on osa oman elämän tarkoituksellisuuden kokemusta. Elämänmielekkyyys ja tarkoituksellisuus sekä hyödyttömyys ja tarpeettomuuden tunteet heijastavat yksilön minäkäsitykseen, itsearvostukseen sekä kokemukseen mahdollisuuksista vaikuttaa omaan elämäänsä. (Sarvimäki 2012, 43; Ruoppila 2002, 120.)

3.9 Arvot

Psyykkiseen kuormittavuuteen vaikuttaa positiivisesti oman elämän tarkoituksen kokeminen arvokkaaksi. Koskimäen (2013, 45) mukaan omaishoitajat kaipaavat arvostusta ja ymmärrystä perheeltään, muilta ihmisiltä ja yhteiskunnalta. Arvomaailma muokkaantuu elämäkokemuksen ja ympäröivän yhteiskunnan mukaan. Jokaisella omaishoitajalla tulee olla oikeus elää elämää arvonsa mukaan. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 53–57, 66; Sarvimäki 2012, 42–43; Stenbock-Hult & Sarvimäki 2012, 48.)

Eri elämäntilanteet tuo ihmiselle vaatimuksia, näihin vaatimuksiin tulisi osata vastata eli löytää tarkoitus elämälle. Elämäntarkoitusta voidaan lähteä etsimään kolmen eri arvokokemuksen kautta: asenne-, kokemus- ja luova arvo. Lähtökohtana näille arvoille kokemuksellisuutena on, miten rikastuttaa maailmaa omien luomuksien kautta, miten rikastaa itseä kokemuksien avulla ja miten suhtautua elämän eteen tuomaan mahdollisuuteen tai rajoitukseen. (Sarvimäki ym., 2010, 171.)

3.10 Lepo ja vapaa-aika

Omaishoidon ollessa ympärivuorokautista valmiustilassa olemista kokee omaishoitaja usein vapaa-ajan ja levon järjestämisen vaikeaksi, jolloin mahdollisuus tavata ystäviä tai harrastaa on haastavaa. Tilanteeseen on monia syitä, mm. hoidettavan haluttomuus muun hoivaan ja huolenpitoon kotona tai hoitopaikassa, hoitopaikkojen ja hoitajien huono saatavuus tai omaishoitajan osaamattomuus irtaantua tilanteesta. Omaishoitajan arjessa kohtaamat haasteet, muuttuvat tilanteet ja tunnetilat väsyttävät omaishoitajan mieltä. Omaishoitajan riittävä lepo ja suhde omaan herkkätuntoisuuteen ovat jaksamisen kannalta merkittäviä. (Koskimäki 2013, 46; Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76, 77; Palosaari 2014, 179.)

Omaishoitajat kokevat itsensä yli puolet ajasta väsyneeksi, tämä on hälyttävää, koska juuri he tarvitsisivat ylimääräistä energiaa selviytyäkseen päivittäisistä töistä. Iälle ei niinkään ole merkitystä hoidon laatuun nähden, mutta pohdittavaksi jää, kuinka itsensä väsyneeksi ja heikkokuntoiseksi arvioivat hoitajat kykenevät antamaan riittävän hyvän hoidon. Runsaasti apua tarvitseva hoidettava rajoittaa hoitajan virkistäytymistä, joka vaikuttaa hoitajan unen laatuun ja tätä kautta on negatiivinen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. (Malmi 2011, 104–106; Malmi & Nissi-Onnela 2011, 76, 77.)

3.11 Muut vaikuttavat tekijät

Kognitiivinen toimintakyky on psyykkisen toimintakyvyn merkittävin osa-alue. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon käsittelyyn tarvittavia kykyjä, kuten päätöksenteko- ja ongelmanratkaisukyky, kielelliset toiminnot, ajattelu, oppiminen ja muistaminen sekä havainnointikyky. Kognitiivisia ikämuutoksia voidaan selit-

tää työmuistin heikkenemisenä. Ikääntyessä muistin muutoksista lyhytkestoisesta muistin heikkeneminen on merkittävin. Harrastuksilla, luovalla toiminnalla sekä unen ja levon tasapainolla edistetään kognitiivista toimintakykyä, joka vaikuttaa positiivisesti psyykkiseen hyvinvointiin. Muistisairauksien ohella mielialaongelmat ja stressi aiheuttavat kognitiivisten toimintojen heikentymistä, erityisesti muistin osalta. (Kotiranta & Purhonen 2011, 139–141; Saarenheimo 2012, 37; Suutama & Ruoppila 2007, 116, 118, 123, 125.)

Jokaisella ihmisellä on minäkäsitys eli tiedostettu käsitys itsestään. Minäkäsitys muodostuu sosiaalisesta minäkäsityksestä, fyysisestä minäkuvasta sekä minä ihanteesta, johon sisältyy myös itsearvostus ja itsensä hyväksyminen. Suuret muutokset, kuten omaishoitotilanne, saattavat horjuttaa yksilön minäkäsitystä. Minäkäsityksen ydinkohtana on käsitys mahdollisuuksista ohjata ja vaikuttaa omaan elämään. Sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ja kokemukset vaikuttavat henkilön minäkäsityksen muodostamiseen. (Ruoppila 2002, 120.)

Hyvä itsearvostus ja itsetunto suojaavat masennukselta ja ovat eduksi stressaavissa tilanteissa. Stenbock-Hultin (2012, 41) tutkimuksesta ilmenee omaishoitajien kokevan vaikeuksista selviytymisen sekä niiden kohtaamisen haasteellisemmaksi kuin muut tutkimukseen vastanneet, eroa päätöksentekokyvyssä ei ollut. Stenbock-Hult (2012, 41) havaitsi, että myös omaishoitajien itsetunnon olevan muita vastaajia hiukan heikompi. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 75.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää Suur-Kouvolan Omaishoitajat ja Läheiset ry:n omaishoitajajäsenten psyykkisen hyvinvoinnin tilanne kyselylomakkeen avulla. Tutkimuskysymyksiksi opinnäytetyöhön muodostuivat:

1. Mikä on omaishoitaja jäsenten koettu psyykkinen hyvinvointi?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat voimaannuttavasti omaishoitajajäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat heikentävästi omaishoitajajäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli 98 Suur-Kouvolan omaishoitaja ja läheiset ry:n omaishoitajajäsentä. Kohderyhmästä suurin osa oli naisia, ja he asuivat Suur-Kouvolan alueella tai lähikunnissa. Tutkimus toteutettiin postikyselynä kyselylomakkeella vastaajien korkean iän ja aiheen henkilökohtaisuuden vuoksi. Kyselylomake lähetettiin postikyselynä 98 yhdistykseen kuuluvalla omaishoitajalle. Tutkimuspohja, kyselylomake, saatekirje ja esittelykirje laadittiin keväällä 2015 teoreettisen pohjan perusteella.

Kyselylomakkeet testattiin sähköisesti kolmella Kouvolan omaishoidon yksikön omaishoitajalla. Testauksen tarkoituksena oli lisätä tutkimuksen luotettavuutta, varmistaa kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys. Vastaajien maksimimiseksi kyselyä esiteltiin yhdistyksen tapaamisissa geronomiopiskelijoiden sekä Suur-Kouvolan omaishoitajat ja läheiset ry:n puheenjohtajan toimesta useaan kertaan ennen tutkimuksen lähettämistä ja aineistonkeruun aikana keväällä 2015. Tapaamisissa jaettiin myös kyselyn esittelykirjeitä omaishoitajajäsenille.

Kyselyt postitettiin 6. - 8. huhtikuuta välisenä aikana, ja viimeinen lomakkeiden palautuspäivä oli 30.4. Kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje sekä postimerkillinen palautuskuori. Kyselyyn vastasi 55 omaishoitajajäsentä ja omaishoitajajäsenistä 43 jätti vastaamatta kyselyyn. Keväällä 2015 syötimme aineiston Webropol analysointiohjelmaan ja syksyllä 2015 kokosimme teorian ja analysoimme tutkimusaineiston.

5.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta

Tutkimuksen toteuttamistapa on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee tietää täsmällisesti tutkittava asia, joka on osattava muuttaa vastaajalle ymmärrettäväksi eli se operationalisoidaan. Kvantitatiivinen tutkimus tutkii ominaisuuksia, toimintaa, ennustaa seurauksia eri asiayhteyksissä sekä kuvaa ilmiöitä. Teoreettiset käsitykset kuvaavat mm. hyvinvointia, terveyttä, identiteettiä ja sosiaalisuutta. Edellä mainitut asiat ovat tämän opinnäytetyön pääkohtia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tyypillistä

syy-seuraussuhteiden löytäminen. Teorian merkitys on keskeinen lainalaisuuksien löytymiseksi ja hypoteesien esittämiseksi opinnäytetyössä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136,137; Vilkkä 2007, 22–26, 36–38.)

Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä sekä monivalintakysymyksiä. Opinnäytetyössä käytettiin kyselylomaketta, koska sen avulla voidaan koota laaja tutkimusaineisto ja se on yhdenmukainen kaikille vastaajille. Kyselylomaketta on myös hyvä käyttää henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen, kuten psyykkiseen hyvinvointiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 190; Vilkkä 2007, 28.)

Avoimet kysymykset toimivat tukevinä kysymyksinä. Ne antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään vapaasti ja spontaanisti omin sanoin sekä osoittaa keskeiset ja tärkeät asiat vastaajan näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2007, 196.)

Monivalintakysymyksissä on ennalta määrätty sekä yhdenmukaiset vastausvaihtoehdot ja kysymysmuodot. Vastausten analysointi on mielekästä ja helpposti käsiteltävää. (Hirsjärvi ym. 2007, 196; Vilkkä 2007, 62.)

Strukturoidut kysymykset ovat joko erilaisia asteikkokysymyksiä tai vaihtoehtokysymyksiä, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Strukturoituihin kysymyksiin päädyttiin, koska niihin vastaaminen on helppoa ja niiden käsittely on yksinkertaista. (Kananen 2011, 31.)

Laadimme omaishoitaja jäsenille saatekirjeen (liite 2) ja esittelykirjeen (liite 3). Postitse lähetettäviin tutkimuksen kyselylomakkeisiin kuuluu liittää aina saatekirje. Saatekirjeen avulla vastaaja saa tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Saatekirjeen perusteella tehdään päätös tutkimukseen osallistumisesta. Henkilökohtaisissa ja arkaluontoisissa tutkimuksissa mahdollisimman tarkka ja vakuuttava saatekirje edesauttaa halukkuutta osallistua tutkimukseen. Esittelykirjeen laadimme saatekirjeen rinnalle nostamaan tutkimuksen vastausprosenttia. (Vilkkä 2007, 81,88.)

Kyselylomakkeen (liite 4) ensimmäisellä sivulla esiintyy monivalintakysymyksiä sekä yksi avoin kysymys. Kohdat 1–5 kartoitettiin yhdistyksen omaishoitaja jäsenten taustatiedot, sukupuoli, ikä, siviilisääty, hoitosuhde sekä omaishoita-

juuden kesto. Kohdassa kuusi kysyttiin omaishoitaja jäsenten kokemia tunnetiloja. Kohdassa seitsemän kysyttiin päihteiden väärinkäytön sekä fyysisen- ja henkisen väkivallan mahdollista esiintyvyyttä omaishoitajajäsenten elämässä.

Kyselylomakkeen toisella sivulla kohdissa 8–24 käytettiin viisi portaista Likertin asteikkoa. Kysymykset olivat strukturoituja monivalintakysymyksiä, joissa kysyttiin omaishoitajajäsenen kokemuksellisuutta psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä hänen elämässään.

Kyselylomakkeen viimeisellä sivulla kohdissa 25–27 on avoimia kysymyksiä. Kohdissa omaishoitajajäsen voi tuoda esille omia ajatuksia ja toiveita yleisesti omaishoitajien psyykkisestä hyvinvoinnista ja siitä, kuinka omaa psyykkistä hyvinvointia voi parantaa sekä antaa palautetta tutkimuksesta.

Kyselylomake on laadittu teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Lomakkeeseen on rajattu tärkeimmät psyykkisen hyvinvoinnin kokemiseen vaikuttavat tekijät. Kyselylomakkeen kysymykset on tiivistetty vastaamaan tutkimusongelmia. Käsitteet on määriteltä mitattavaan muotoon, jossa jokainen vastaaja kykenee ymmärtämään kysymykset yhdenmukaisesti (Vilkkä 2007, 37).

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen pääasiana on kootun aineiston analysointi, johtopäätösten teko ja tulkinta. Analyysivaihe selvittää tutkijalle, saako hän vastauksia tutkimuskysymyksiin ja millaisia vastaukset ovat. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

Käytetty mitta-asteikko ja vastaajamäärä vaikuttavat valittuun analyysimenetelmään. Tutkijalla on vastuu oikeanlaisen menetelmän valinnasta. Tutkimuksen ollessa kvantitatiivinen selvitetään analysoinnissa määriä, riippuvaisuuksia sekä syy-seuraussuhteita. (Kananen 2011, 85.)

Kerättyämme aineiston kävimme jokaisen kyselylomakkeen läpi yksitellen, jonka jälkeen syötimme aineiston yksitellen Webropol analysointiohjelmaan. Webropol analysointiohjelman avulla analysoimme kerättyä aineistoa eri analyysimenetelmillä. Ensin tutkimme Webropolilla tehdyn perusraportin avulla yleistä psyykkisen hyvinvoinnin tilaa. Seuraavaksi analysoimme tekemällä Webropolin Professional Statistics ohjelmalla riippuvuusanalyysin, josta saimme selville isoimmat muuttujat P-arvojen perusteella. Riippuvuusanalyysi-

sista esille nousseita merkittäviä muuttujia käytimme ristiintaulukoinnissa. Kyselylomakkeen kolmeen avoimeen kysymykseen käytimme Webropolin Text Mining ohjelmaa.

Tutkimusselosteen kohdassa taustatiedot käsittelimme tuloksia suoraa jakaumaa käyttäen, jolla saadaan yksinkertaisesti selville muuttujaa kuvaavan ominaisuuden määrä. (Kananen 2011, 74.) Kohdassa ”Mikä on omaishoitaja-jäsenten koettu psyykkinen hyvinvointi?” kirjasimme perusraportista esille tulleet asiat prosentuaalisesti ja määrällisesti sekä kahden kuvan avulla.

Kohtiin, ”Mitkä tekijät vaikuttavat voimaannuttavasti omaishoitaja jäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?” sekä ”Mitkä tekijät vaikuttavat heikentävästi omaishoitaja jäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?” käytimme analysointimenetelmistä riippuvuusanalyysia ja ristiintaulukointia. Toimme tulokset esille prosentuaalisesti, määrällisesti ja keskiarvallisesti. Ristiintaulukoinnilla voidaan testata tutkimuksen hypoteeseja. Ristiintaulukoinnissa käytimme yleistä ohjetta merkitsevyyden havaitsemiseksi eli P-arvo jäi alle 0,05. P-arvon perusteella valitsimme ristiintaulukointiin tulevat kohdat. (KvantiMOTV 2003.)

Avoimet kysymykset käsittelimme sekä käsin että analysointi ohjelmalla. Toimme tutkimusselosteessa vastaukset esille lyhyesti ja kirjasimme esille nousseimmat asiat, jotka olivat tutkimukselle merkityksellisimpiä.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena saada mahdollisimman totuudenmukaista ja luotettavaa tietoa. Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta arvioidaan jokaisessa tehdyssä tutkimuksessa, tämän muodostavat validius ja reliabelius. Reliaabeliuksella tarkoitetaan toistettavuutta mittaustuloksissa ja validiuksella mitataan tutkimuksen pätevyyttä sekä operationalisoinnin onnistuneisuutta. Reliaabelius arvioi mittaamista ja sen tarkkuutta sekä koko tutkimusprosessin toteutuksen tarkkuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Kananen 2011, 118; Vilkkä 2007, 149,150.)

Tutkimukseen vastasi 55 omaishoitaja jäsentä 98:sta vastausprosentiksi tuli 56 %. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi suoritimme ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä esitestauksen kolmelle omaishoitajalle. Esitestauslomak-

keella voidaan arvioida, tarvitseeko kysymyksiä tai vastausvaihtoehtoja muokata tai voitaisiinko kyselyyn lisätä jotain. Kyselylomakkeiden postittamisen ajoituksella sekä kyselylomakkeen yhteyteen liitetyt palautuskuoret vaikuttivat merkittävästi vastausprosenttiin. Vakuuttava esittelykirje ja saatekirje ovat tärkeitä vastausprosenttiin vaikuttavia tekijöitä. Vastausprosenttiin positiivisesti vaikuttivat aiheen ajankohtaisuus, Omaishoitajat ja läheiset ry:n näkyvä yhteistyö sekä kyselyn osoittaminen juuri omaishoitajille, heille tärkeään aiheeseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 191; KvantiMOTV 2003; Vilkkä 2007, 81,88.)

Tutkimuksessa onnistuttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin pääasiassa luotettavasti. Kyselylomakkeen kysymyksillä onnistuimme vastaamaan tutkimustehtävään luotettavasti. Kysymyksien muotoilu toisella tavalla olisi lisännyt luotettavuutta ja nopeuttanut aineiston analysointia, esim. ”Koetteko fyysisen toimintakykynne hyväksi/Koetteko omaishoitajuuden vaikuttaneen terveyteenne?” Tunnetilakysymyksessä negatiivisia tunnetiloja oli enemmän valittavissa kuin positiivisia tunnetiloja, tämä saattoi vaikuttaa tutkimustulokseen. Kysymystä ”Oletteko hoidettavanne” ei välttämättä ollut ymmärretty, tämä ei juuri vaikuttanut tutkimustulokseen. Strukturoidussa monivalintakysymystaulukossa esiintyi ”ei osaa sanoa” -vastauksia oli 2–17 välillä. Kysymykset tulevaisuudesta (17), muistista (14), terveydestä (14), voimavaroista (12) ja itsetunnosta (10) saivat eniten ”ei osaa sanoa” vastauksia, nämä vaikuttivat tuloksien luotettavuuteen negatiivisesti.

Webropol ohjelman käyttö lisäsi tutkimuksen tulosten luotettavuutta mahdollisten laskuvirheiden minimoimisella. Ristiintaulukoinnissa käytetty P-arvo kertoo tilastollisesti merkittävät muuttujat ja näin tulosten luotettavuus paranee. (KvantiMOTV 2003.)

5.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehdessä tutkijan velvollisuus on noudattaa tutkimusetiikkaa. Olemme työssämme toimineet tasapuolisesti, vastuullisesti, velvollisuuksiemme mukaan sekä kunnioittaneet toisen oikeuksia ja asemaa. Tutkimuseettisesti työmme noudattaa seuraavia eettisiä tapoja: rehellisyys tutkimustyössä sekä yleinen tarkkuus ja huolellisuus. Laatimassamme saatekirjeessä toimme esille tutkimuksen käyttötarkoituksen sekä vapaaehtoisuuden. Vastaaja on antanut luvan tutkimukseen palauttaessaan kyselylomakkeen. Ra-

portissa olemme tieteellisen tiedon vaatimuksien mukaan raportoineet tutkimuksemme tulokset ja esittäneet ne asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27; Vilkkä 2007, 91, 92, 95–97, 99.)

Tutkittavien ollessa anonyymeja tutkimuksessamme, olemme noudattaneet henkilötietolakia (1999/523) sekä lakia viranomaisten toiminnan julkisuudesta (1999/62). Lait ohjaavat tietojen käsittelyä, keräämistä, luovuttamista, säilyttämistä sekä hävittämistä asianmukaisesti. Tutkimuksessamme ei tule esille henkilötietoja eivätkä he ole tunnistettavissa tuloksista. Osoitetiedot saimme Omaishoitajat ja läheiset ry:n jäsenrekisteristä, osoitetietoja olemme säilyttäneet huolellisesti ja tutkimuksen valmistuttua hävitämme ne asianmukaisesti. Tutkimuksen kyselylomakkeita tai osoitetietoja ei luovuteta ulkopuolisille henkilöille tai tahoille. (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Vilkkä 2007, 95–97, 99.)

Olemme käyttäneet tiedonhankinta, tutkimus- arviointimenetelmissä eettisesti kestäviä tapoja. Olemme tuoneet työssä esille toisten tutkimuksia kunnioittamalla ja asianmukaisesti käyttäen. (Hirsjärvi ym. 2007, 24, 25; Vilkkä 2007, 91.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen ollessa postikysely pakollisia vastauksia ei ollut, jonka vuoksi vastaajamäärät vaihtelivat eri kysymysten osalta. Vastaajia monivalintakysymyksissä oli 51–54 ja avoimissa kysymyksissä 28–35. Tutkimustuloksia esitetään keskiarvollisesti, prosentuaalisesti ja määrällisesti. Tutkimustuloksissa käytämme sanoja täysin ja jokseenkin, koska tutkimuksen kyselylomakkeessa olemme käyttäneet Likertin asteikkoa, jossa nämä sanat esiintyvät kuvaavina tekijöinä. Täysin kuvaa vastaajien olevan täysin samaa tai eri mieltä ja jokseenkin kuvaa heidän olevan lähes samaa tai eri mieltä.

6.1 Taustatiedot

Vastanneista omaishoitajajäsenistä naisia oli 81 % (n=43) ja miehiä 19 % (n=10). Kyselyyn vastanneista 26 % (n=14) oli alle 65-vuotiaita, 65–69-vuotiaita sekä 70–74-vuotiaita oli molempia 11 % (n=6), 75–79-vuotiaita oli 24 % (n=13), 80–89-vuotiaita oli 28 % (n=15), yli 90-vuotiaita ei osallistunut tutkimukseen.

Suurin osa vastanneista oli avo-/avioliitossa, heitä oli 81 % (n=43), naimattomia ja eronneita oli molempia 4 % (n=2) ja leskiä oli 11 % (n=6). Omaishoitajista hoidettavan puolisoita oli 73 % (n=37), hoidettavan lapsia 8 % (n=4), hoidettavan sisarusia 1 (2 %) ja muita 18 % (n=9), joista 89 % (n=8) kertoi olevansa hoidettavan äiti. Omaishoitajana yli 10 vuotta oli toiminut 28 % (n=15), 5–9 vuotta toimineita oli 23 % (n=12), 1–4 vuotta toimineita oli 47 % (n=25) ja vain 1 (2 %) vastaajista oli toiminut alle vuoden omaishoitajana.

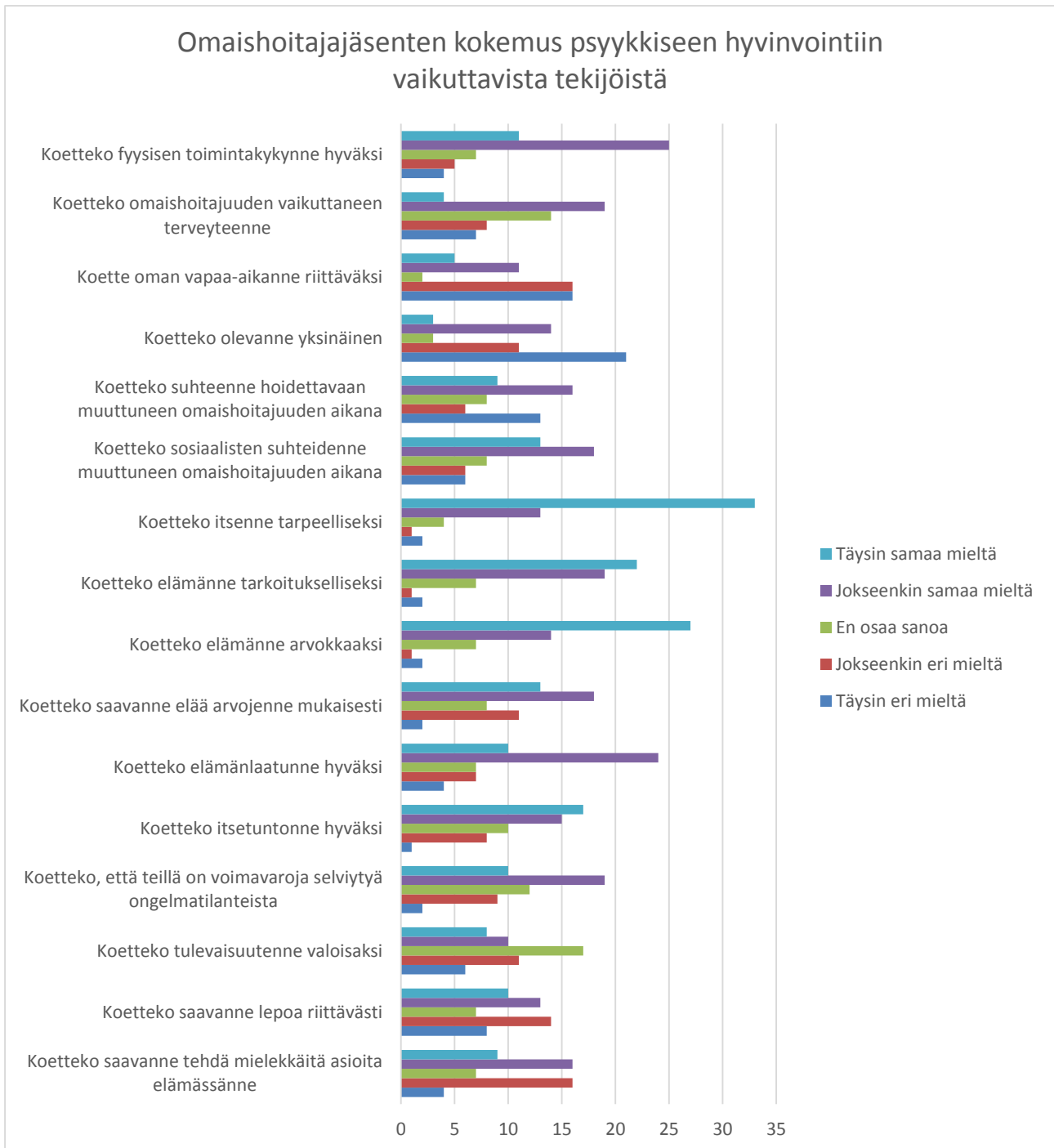
6.2 Mikä on omaishoitajajäsenten koettu psyykkinen hyvinvointi?

Tutkimukseen vastanneista omaishoitajajäsenistä fyysisen toimintakyvyn koki jokseenkin 48 % (n=25) tai täysin 20 % (n=11) hyväksi, mutta vastanneista kuitenkin 44 % (n=23) koki omaishoitajuuden vaikuttaneen jokseenkin tai paljon heidän terveyteen. Vapaa-aika koettiin jokseenkin 32 % (n=16) tai täysin 32 % (n=16) riittämättömäksi. (Kuva 1.)

Vastaajista konkreettista yksinäisyyttä ei koe jokseenkin 21 % (n=11) tai paljon 40 % (n=21). Vastaajista 48 % (n=25) koki suhteen hoidettavaan muuttuneen omaishoitajuuden aikana. Sosiaalisten suhteiden koettiin jokseenkin 35 % (n=18) tai täysin 25 % (n=13) muuttuneen omaishoitajuuden aikana. (kuva 1.)

Vastaajat kokivat itsensä täysin 62 % (n=33) tarpeellisiksi. He kokivat elämänsä jokseenkin 37 % (n=19) tai täysin 43 % (n=22) tarkoitukselliseksi, täysin arvokkaaksi koki 53 % (n=27), arvojensa mukaan saa elää jokseenkin 35 % (n=18) ja täysin 25 % (n=13). Elämänlaadun koki jokseenkin 46 % (n=24) ja täysin 19 % (n=10) hyväksi. (kuva 1.)

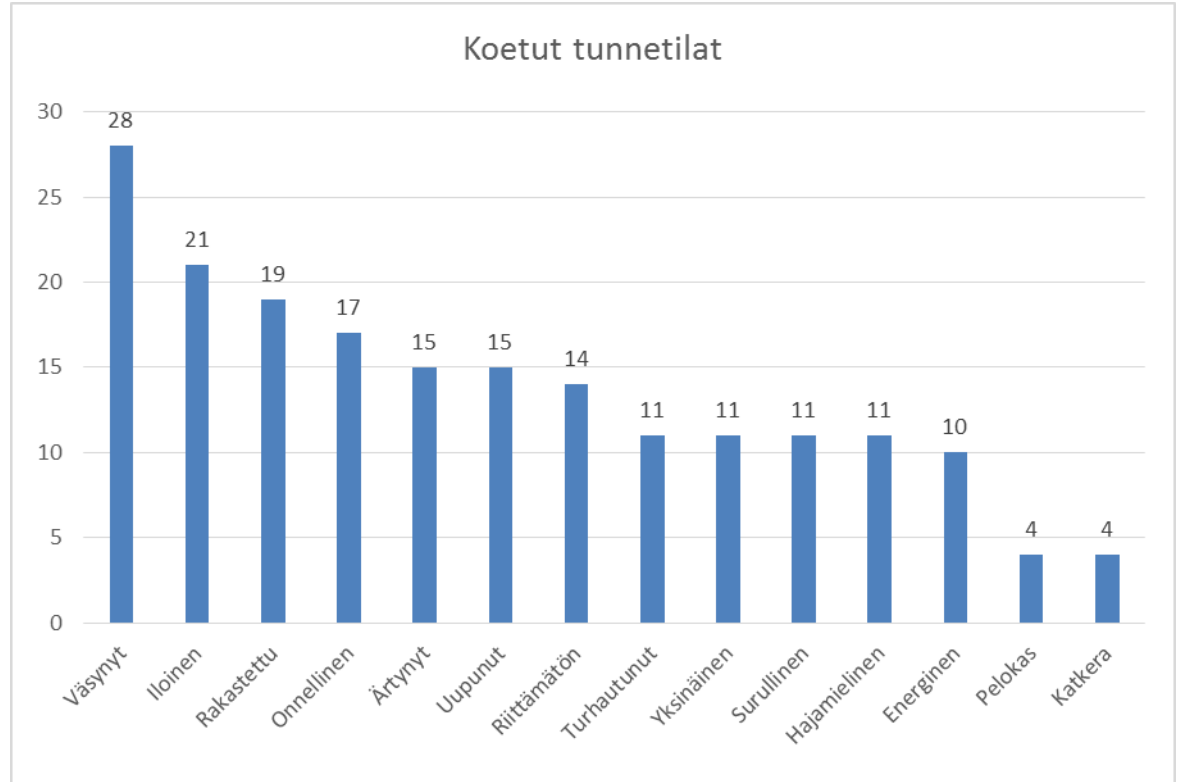
Itsetunto koettiin jokseenkin 29 % (n=15) ja täysin 33 % (n=17) hyväksi. Voimavaroja selviytyä ongelmatilanteista koettiin vastanneiden kesken olevan jokseenkin 37 % (n=19) ja täysin 19 % (n=10). (kuva 1.)



Kuva 1. Määrällisesti esitetty kuvia kaikkien vastaajien kokemuksista psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista erilaisista tekijöistä

Kysyttäessä tunnetiloista, jotka ovat kuvanneet vastaajia viimeisen kahden viikon sisällä, nousi esille positiivisten tunnetilojen kuvaavan omaishoitaja jäseniä suurimmaksi osin (kuva 2). Omaishoitajajäsenistä 21 koki olevansa iloisia, 19 rakastettuja, 17 onnellisia ja 10 energisiä. Omaishoitajajäsenistä 28 koki itsensä väsyneiksi. Uupumusta ja ärtyneisyyttä koki molemmissa tunnetiloissa

15 vastaajaa. Riittämättömyyttä koki 14 vastaajaa. Turhautuneisuutta, hajamielisuutta, surullisuutta ja yksinäisyyttä koki jokaisessa tunnetilassa 11 vastannutta omaishoitaja jäsentä. Vastaajista 4 koki olevansa vihaisia, pelokkaita ja katkeria.



Kuva 2. Määrällisesti esitetty vastaajien koetut tunnetilat

Tutkimukseen vastanneet omaishoitaja jäsenet kokivat psyykkisen hyvinvointinsa tyydyttäväksi. Strukturoiduissa monivalintakysymyksissä asteikolla 1–5 keskiarvoksi muodostui 3,37 kaikkien vastanneiden kesken. Positiiviset tunnetilat iloinen, rakastettu ja onnellinen nousivat väsymyksen rinnalla koetuimmiksi tunnetiloiksi. Tunnetiloista vähiten koetut vihainen, pelokas ja katkera olivat pääasiassa henkistä väkivaltaa kokeneiden omaishoitajajäsenten kokemuksia.

6.3 Mitkä tekijät vaikuttavat voimaannuttavasti omaishoitajajäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?

Omaishoitajajäsenten psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttivat voimaannuttavasti asteikolla 1–5 (1=huono, 5=hyvä) itsensä tarpeelliseksi kokeminen (4,4), elämänsä arvokkaaksi kokeminen (4,24) ja elämänsä tarkoitukselliseksi kokeminen (4,14). Nämä nousivat kokemusasteikolla merkittävimiksi psyykkisen

hyvinvoinnin tekijöinä omaishoitajajäsenten keskuudessa. Kokemusasteikolla muita merkittäviä tekijöitä olivat itsetunnon kokeminen hyväksi (3,76), fyysisen toimintakyvyn hyväksi kokeminen (3,65), elämän-laadun kokeminen hyväksi, (3,56), arvojen mukaisesti eläminen (3,56) ja voima-varoja selviytyä ongelmatilanteista (3,50).

Itsensä tarpeelliseksi kokeneet, kokivat oman elämänsä täysin 89 % (n=24) arvokkaaksi, he kokivat elämänsä täysin 86 % (n=19) tarkoitukselliseksi sekä kokivat elämänlaatunsa täysin 90 % (n=9) hyväksi, heistä 75 % (n=12) koki itsetuntonsa hyväksi ja heistä 77 % (n=10) koki saavansa elää arvojensa mukaisesti. Vastaajista kaikki, jotka kokivat tulevaisuuden valoisaksi (n=8), kokivat itsensä tarpeelliseksi.

Elämänsä täysin arvokkaaksi kokeneet, kokivat fyysisen toimintakyvyn täysin 73 % (n=8) hyväksi. Elämänsä arvokkaaksi kokeneet, kokivat tulevaisuutensa täysin 88 % (n=7) valoisaksi, 75 % (n=24) heistä koki itsensä tarpeelliseksi. 91 % (n=20) heistä koki elämänsä tarkoitukselliseksi. Heistä koki elämänlaatunsa täysin hyväksi 80 % (n=8), heistä 75 % (n=12) koki jokseenkin saavansa tehdä mielekkäitä asioita elämässään ja heistä itsetuntonsa koki täysin 82 % (n=14) hyväksi sekä 85 % (n=11) heistä koki saavansa elää arvojensa mukaisesti. Vastaajista kaikki, jotka eivät kokeneet muistin heikentymistä omaishoidon myötä, kokivat elämänsä arvokkaaksi (n=13). Oman vapaa-ajan riittämättömäksi tai riittäväksi kokeminen ei vaikuttanut oman elämän arvokkaaksi kokemiseen tai oman elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen.

Elämän tarkoitukselliseksi kokeneet, kokivat itsensä täysin 61 % (n=19) tarpeelliseksi, elämän täysin 74 % (n=20) arvokkaaksi, heistä 61 % (n=14) koki elämänlaadun jokseenkin hyväksi, heistä 69 % (n=11) koki itsetunnon hyväksi sekä 69 % (n=9) koki saavansa elää arvojensa mukaisesti. Elämän täysin tarkoitukselliseksi kokivat myös fyysinen toimintakyvyn jokseenkin 48 % (n=12) hyväksi. Vastaajat, jotka ei kokeneet muistin heikentymistä omaishoidon myötä, kokivat elämänsä täysin 92 % (n=12) tarkoitukselliseksi.

Itsetunnon hyväksi kokeneet, kokivat elämänsä täysin 52 % (n=14) arvokkaaksi, he kokivat elämänlaatunsa täysin 70 % (n=7) hyväksi, he kokivat myös saavansa tehdä täysin 89 % (n=8) mielekkäitä asioita elämässään sekä kokivat saavansa elää täysin 85 % (n=11) arvojensa mukaisesti. Vastaajat, jotka

kokivat omaishoitajuuden vaikuttaneen heidän terveyteensä, kokivat itsetuntonsa jokseenkin 42 % (n=8) tai täysin 21 % (n=4) hyväksi. Vastaajat, jotka ei kokeneet muistin heikentymistä omaishoidon myötä, kokivat itsetunnon täysin 73 % (n=8) hyväksi.

Fyysisen toimintakyvyn täysin hyväksi kokeneet, kokivat itsensä 91 %:ti tarpeelliseksi, heidän elämänlaatusa oli jokseenkin 45 % (n=5) tai täysin 55 % (n=6) hyvää, heillä oli voimavaroja selviytyä jokseenkin 45 % (n=5) tai täysin 55 % (n=6) ongelmatilanteista sekä 64 %:ti (n=7) he kokivat saavansa tehdä mielekkäitä asioita elämässään. Fyysisen toimintakyvyn jokseenkin tai täysin hyväksi kokeneet kokivat myös tulevaisuuden jokseenkin 41 % (n=9) tai täysin 59 % (n=7) valoisaksi.

Elämänlaatusa jokseenkin hyväksi kokeneet, kokivat elämänsä täysin 59 % (n=16) arvokkaaksi. Elämänlaatusa hyväksi kokeneet, kokivat 78 %:ti (n=7) saavansa tehdä mielekkäitä asioita elämässään, heistä 41 % (n=7) koki itsetuntonsa hyväksi. Vastaajat, jotka ei kokeneet muistin heikentymistä omaishoidon myötä, koki elämänlaadun täysin 46 % (n=6) tai jokseenkin 54 % (n=7) hyväksi. He, jotka kokivat saavansa lepoa riittävästi, kokivat myös elämänlaatusa täysin 60 % (n=6) hyväksi.

Arvojen mukaisesti elävät vastaajat kokivat elämänlaatusa täysin 60 % (n=6) hyväksi. Jokseenkin tai täysin samaa mieltä 75–79-vuotiaista 72 % (n=8) ja 80–89-vuotiaista 73 % (n=11) kokivat eniten kaikista ikäluokista saavansa elää omien arvojensa mukaisesti. Vastaajista he, jotka kokivat, ettei omaishoitajuus ole vaikuttanut heidän terveyteensä, kokivat saavansa täysin 86 % (n=6) elää arvojensa mukaan.

He, joilla on voimavaroja selviytyä ongelmatilanteista, kokivat tulevaisuuden täysin 50 % (n=5) valoisaksi, he kokivat saavansa tehdä jokseenkin 40 % (n=4) tai täysin 50 % (n=5) mielekkäitä asioita elämässään, 80 % (n=8) koki itsetunnon hyväksi ja 70 % (n=7) koki saavansa elää arvojensa mukaisesti.

Vastaajista kaikki (n=6), jotka kokivat sosiaalisten suhteiden säilyneen omaishoidon aikana samanlaisina, eivät kokeneen konkreettista yksinäisyyttä. 80–90-vuotiaiden ikäluokasta 40 % (n=6) ei kokenut sosiaalisten suhteiden muut-

tuneen omaishoidon aikana. Kaikista vastanneista 61 % (n=32) kokivat jokseenkin tai täysin etteivät koe konkreettista yksinäisyyttä, erityisesti 75–90-vuotiaat.

Vastaajat, jotka ei kokeneet muistin heikentymistä omaishoidon myötä, kokivat suhteen hoidettavaan pysyneen muuttumattomana omaishoidon aikana 77 % (n=10). He jotka, kokivat, ettei suhde hoidettavaan ole muuttunut kokivat täysin 46 % (n=6) saavansa tehdä elämässään mielekkäitä asioita ja he myös kokivat 77 % (n=10) etteivät ole konkreettisesti yksinäisiä.

He jotka eivät koe konkreettista yksinäisyyttä, kokivat elämänsä täysin 71 % (n=15) arvokkaaksi, 62 % (n=13) koki elämänsä täysin tarkoitukselliseksi, elämänlaatunsa koki jokseenkin 57 % (n=12) tai täysin 29 % (n=6) hyväksi, he kokivat saavansa tehdä jokseenkin 33 % (n=7) tai täysin 33 % (n=7) mielekkäitä asioita elämässään sekä saavansa jokseenkin 38 % (n=8) tai täysin 43 % (n=9) elää arvojensa mukaisesti. Vastaajat, jotka kokivat, ettei omaishoitajuus ole vaikuttanut heidän terveyteensä, kokivat, etteivät olleet konkreettisesti yksinäisiä 86 % (n=6).

He jotka kokivat oman vapaa-ajan jokseenkin riittäväksi, kokivat tulevaisuuden olevan jokseenkin 36 % (n=4) tai täysin 43 % (n=5) valoisa. He kokivat myös elämänlaatunsa jokseenkin 64 % (n=7) tai täysin 36 % (n=4) hyväksi, he kokivat jokseenkin 45 % (n=5) tai täysin 36 % (n=6) saavansa tehdä mielekkäitä asioita elämässään. 55 % (n=6) koki saavansa elää arvojensa mukaisesti, 73 % (n=8) koki jokseenkin, että heillä on voimavaroja selviytyä ongelmatilanteista, ja he kokivat myös itsetunnon jokseenkin 36 % (n=4) tai täysin 56 % (n=6) hyväksi. He, jotka kokivat oman vapaa-aikansa täysin riittäväksi, kokivat saavansa lepoa täysin 80 % (n=4) riittävästi.

6.4 Mitkä tekijät vaikuttavat heikentävästi omaishoitajajäsenten koettuun psyykkiseen hyvinvointiin?

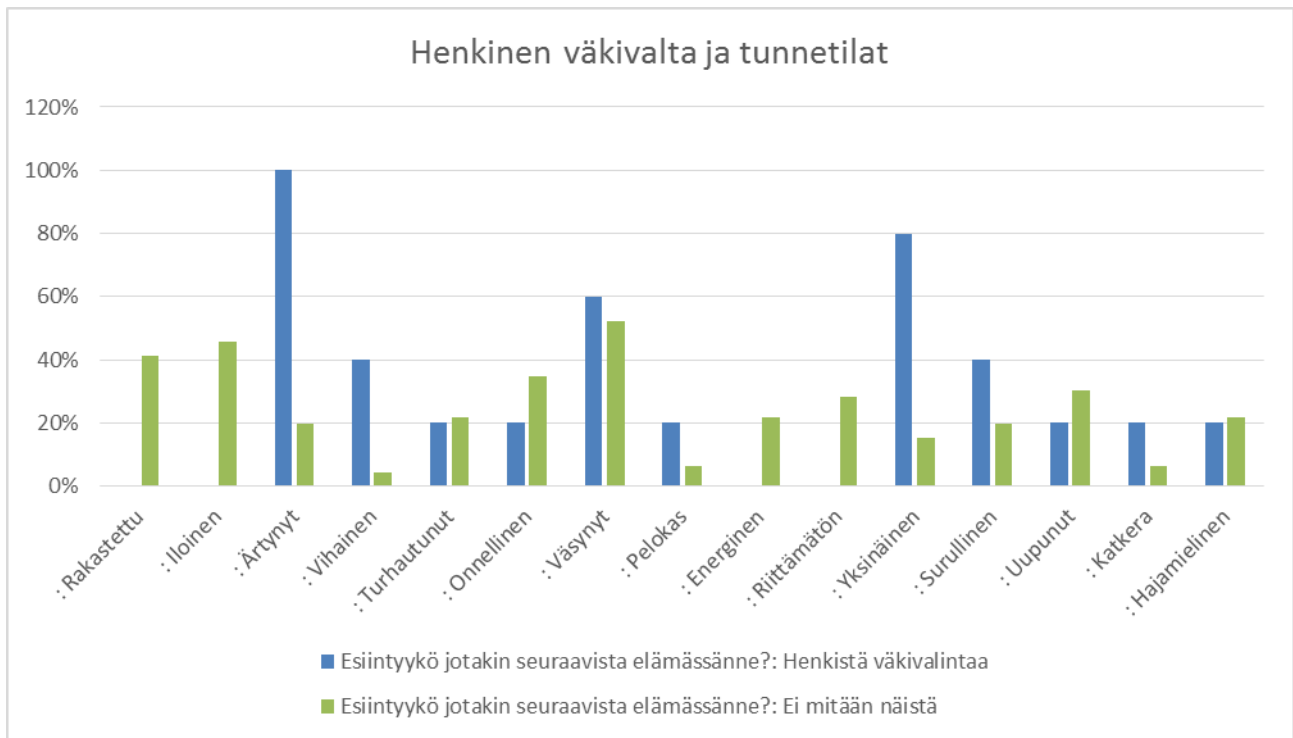
Psyykkiseen hyvinvointiin heikentävästi vaikuttava yksi keskeisin syy on henkinen väkivalta. Tarkastellessamme tutkimuksen riippuvaisuuksia asteikolla 1–5 (1=hyvä, 5=huono) huomasimme sosiaalisten suhteiden muuttuneisuuden omaishoitajuuden aikana (3.51), vapaa-ajan riittämättömyyden (3.46), muuttu-

neen suhteen hoidettavaan (3.4) sekä omaishoitajuuden vaikutuksen terveyteen (3.1) olevan heikentäviä esille nousseita tekijöitä omaishoitaja jäsenten keskuudessa.

Henkinen väkivalta vaikuttaa tutkimustulosten perusteella heikentävästi psyykiseen hyvinvointiin. Henkistä väkivaltaa tutkimukseen vastanneista koki 9,8 % (n=5) omaishoitajajäsentä. Henkistä väkivaltaa kokevista kaikki oli naisia, heistä 4 elää avo-/avioliitossa ja ovat hoidettavan puolisoita. Iällä tai omaishoitajuuden kestolla ei ollut merkitystä.

Henkistä väkivaltaa kokeneista 80 % (n=4) koki jokseenkin tai täysin suhteen hoidettavaan muuttuneen omaishoitajuuden aikana, muiden vastanneiden tulos oli 42 % (n=19). Kaikki henkistä väkivaltaa kokeneet, kokivat muiden sosiaalisen suhteiden muuttuneen omaishoitajuuden aikana, muiden vastanneiden tulos oli 55 % (n=24). Henkistä väkivaltaa kokeneista, kaikki kokivat jokseenkin (n=4) tai täysin (n=1) etteivät saa elää arvojensa mukaan, muiden vastanneiden tulos oli 15 % (n=7).

Henkistä väkivaltaa kokeneista omaishoitajajäsenistä kaikki olivat ärtyneitä. Heistä 4 heistä koki yksinäisyyttä, heistä kukaan ei kuitenkaan kokenut riittämättömyyden tunnetta. Henkistä väkivaltaa kokeneista omaishoitaja jäsenistä kaikki kokivat selkeästi enemmän ärtyneisyyttä, vihaisuutta, yksinäisyyttä ja surullisuutta verrattuna muihin. Katkeruutta ja pelokkuutta henkistä väkivaltaa kokeneiden joukossa koettiin myös enemmän. He eivät kokeneet olevansa rakastettuja, iloisia tai energisiä. Kuvassa 3 tuodaan esille prosentein tunnetilojen eroavaisuudet henkistä väkivaltaa kokeneiden ja muiden vastanneiden kesken selventääkseen, kuinka erilaiset tunnetilat näkyvät heikentyneessä psyykkisessä hyvinvoinnissa. (kuva 3)



Kuva 3. Henkistä väkivaltaa kokeneiden tunnetilojen eroavaisuudet muihin vastaajiin verrattuna

Naiset ja miehet kokivat eri tavalla sen, onko omaishoitajuus vaikuttanut terveyteen, naisista 53 % (n=43) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä ja miehistä 10 % (n=1) oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Kyselyn ikäluokista 70–74-vuotiaista 84 % (n=5), 65–69-vuotiaista 67 % (n=4) ja alle 65-vuotiaista 57 % (n=8) koki omaishoitajuuden vaikuttaneen heidän terveyteensä. Muiden ikäluokkien edustajat, 75–90-vuotiaat eivät niinkään kokeneet omaishoitajuuden vaikuttaneen terveyteen.

65–69-vuotiaista kaikki vastanneet kokivat sosiaalisten suhteiden muuttuneen omaishoitajuuden aikana. Vastaajat, jotka kokivat jokseenkin muistin heikentymistä omaishoidon myötä, kokivat sosiaalisten suhteiden heikentymistä täysin 50 % (n=7).

Kaikki levon riittämättömäksi kokeneet kokivat oman vapaa-ajan täysin (n=8) riittämättömäksi. Oman vapaa-ajan täysin riittämättömäksi kokeneet, kokivat, ettei tulevaisuus ole jokseenkin 32 % (n=5) tai täysin 25 % (n=5) valoisa sekä levon olevan täysin 50 % (n=8) riittämätöntä.

6.5 Omaishoitajajäsenten esille tuomia ajatuksia ja toiveita psyykkisestä hyvinvoinnista

Kyselylomakkeen 3 sivulla omaishoitajajäsenet saivat tuoda vapaasti esille omia ajatuksia ja toiveita seuraavilla johdattelevilla kysymyksillä: ”Millä asioilla omaa psyykkistä hyvinvointianne voisi parantaa?” ja ”Mitä muuta haluaisitte tuoda esille omaishoitajien psyykkisestä hyvinvoinnista?” Edeltävät kysymykset eivät olleet juurikaan tuloksellisia tutkimukselle vähäisen määrän ja osin aiheettomuuden vuoksi. Vastauksissa tuli esille konkreettisia asioita, joilla psyykkistä hyvinvointia voitaisiin parantaa sekä heidän kokemia voimaannuttavia ja heikentäviä tekijöitä.

Avoimet kysymykset tukivat tutkimuksen kyselylomakkeen tietoja, omaishoitaja jäsenet kertoivat olevansa väsyneitä, vihaisia ja turhautuneita. Omaishoitaja jäsenet kokivat olevansa liian paljon yksin asioidensa kanssa, he kokivat jäävänsä hoidettavan varjoon. He toivoivat lisää tukea kotiin tarpeen mukaan, vertaistukea, yhteisiä retkiä ja toiminnallisia virikkeitä. Voimavaroina koettiin positiivinen asenne, oma vapaa-aika, harrastukset, itsensä hemmottelu ja sosiaaliset kontaktit. Hoidettavan kanssa yhdessä osallistuminen koettiin myös tärkeäksi.

Omaishoitajat kaipaivat paitsi vertaistukea myös kaupungilta ja päättäjiltä he odottavat enemmän panostusta omaishoidon kehittämiseen ja omaishoitajien tilanteen parantamiseen. Omaishoitajat toivoivat heidän ääntään kuunneltavan ja heidän työtään arvostavan enemmän, eikä vain tuijotettavan papereita, byrokratiaan keskitytään liikaa. Omaishoitajajäsenet korostivat jokaisen omaishoitotilanteen olevan yksilöllinen, elämän historialla ja hoidettavan terveydentilalla on suuri vaikuttavuus tilanteeseen.

”Parisuhde on kuin lankakerä. Alusta siihen kertyy oma koti, lapsia, rakentamista, iloa, onnistumista, vastoinkäymisiä. Kun alzheimer astuu kuvaan, kerää ruvetaan purkamaan. Väliin lanka katkeilee, menee joku taito, piirre, luonteen-ominaisuus, voima. Pieniä kuolemia pitkin matkaa. Silloin minä niitä menetyksitä itkuja itkin. Kuolema oli meille helpotus. Hänellä ei ollut muuta menetettävää kuin henkensä, häneltä ei voi vaatia enempää.” – omaishoitajajäsen

7 POHDINTA

Omaishoitajien määrä tulee kasvamaan tulevaisuudessa, erityisesti ikääntyneiden omaishoitajien. Omaishoitoon tulee suunnata oikeanlaisia resursseja, jossa huomio tulee kiinnittää kokonaisvaltaisesti koko omaishoitoperheeseen. Omaishoito on ollut viime vuosina ajankohtainen ja sitä on alettu kehittää tiiviimmin. Omaishoidon kehittämistyössä on meidän mielestämme parannettavia asioita, kuten yksilöllisyyden ja kokonaisvaltaisuuden huomioiminen sekä tarpeisiin vastaaminen. Psykkinen hyvinvointi on asia, jota ei huomioida tarpeeksi.

Pohdittuamme opinnäytetyön aihetta ja omaishoidon tilaa, huomasimme, että omaishoidossa on kehitettävää erityisesti psykkinen hyvinvoinnin alueella. Omaishoitajien psykkinen hyvinvointi ja sen tukeminen jää usein muiden tarpeiden varjoon. Opinnäytetyössämme halusimme selvittää omaishoitajien psykkinen hyvinvoinnin tilaa heidän kokemana. Yhteistyökumppaniksemme valikoitui Suur-Kouvolan Omais- ja Läheiset ry.

Tutkimuksessa ilmeni omaishoitajajäsenten psykkinen hyvinvoinnin olevan tyydyttävä, tähän arvioimme vaikuttavan yhdistykseen kuulumisen, joka lisää yhteisöllisyyden tunnetta. Tutkimukseen vastanneiden omaishoitajajäsenten kokemukset linkittyvät toinen toisiinsa loogisesti, esimerkiksi vapaa-ajan riittämättömyys vaikuttaa heidän kokemukseen terveyden heikentymisestä ja terveyden heiketessä fyysinen toimintakyky heikkenee, jolloin sosiaaliset suhteet vähenevät. Nämä ovat ulkoisia syitä psykkinen hyvinvoinnin heikentymiseen.

Kokemukset tarpeellisuudesta, tarkoituksellisuudesta, elämän arvokkuudesta, arvojen mukaan elämisestä, elämänlaadusta ja itsetunnosta ovat sisäisesti psykkinen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Nämä tekijät vaikuttavat toinen toisiinsa sisäisellä tasolla heikentäen tai voimaannuttaen psykkinen hyvinvointia. Sisäisten tekijöiden ollessa heikentyneitä, ei positiivisilla ulkoisilla tekijöillä ole vaikutusta. Tutkimuksessa käy ilmi, että sisäisillä tekijöillä on suurin merkitys psykkinen hyvinvoinnin hyväksi kokemiseen. Myös voimavaroja selviytyä ongelmatilanteista koettiin olevan, mikä on yhteydessä sisäisiin tekijöihin. Sisäisten tekijöiden ollessa kunnossa, tuo se henkilölle voimavaroja sel-

viytyä ongelmatilanteista. Sisäisten tekijöiden sekä fyysisen toimintakyvyn ollessa hyvät koetaan myös tulevaisuus valoisaksi. Saarenheimo (2012, 42–43) tuo teoksessaan samankaltaisia psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä ja vaikuttavia ulottuvuuksia.

Tutkimukseen vastanneista omaishoitaja jäsenistä suurin osa oli naisia, jolloin sukupuolten välisiä eroja oli suhteellisen tuloksetonta vertailla. Vastanneiden ikäjakauma painottui yli 65-vuotiaisiin, joka oli geronomin näkökulmasta hyvä asia. Kyselylomakkeessa ikäryhmät oli jaettu muutoin tasaisin vuosi välein, paitsi 80–89-vuotiaat olisi voinut jakaa kahteen ikäryhmään. Suurin osa vastanneista eli avo- tai avioliitossa, mikä osoittaa vahvistusta teoriaamme siitä, että valtaosa omaishoitajista on ikääntyneitä eläkeläisiä ja he toimivat pääasiassa puolisonsa omaishoitajana.

Tutkimuksessa mukana olleet henkistä väkivaltaa kokeneet vastaajat muodostivat ryhmän, joka lisäsi negatiivisia kokemuksia tutkimukseen. Henkistä väkivaltaa kokeneita vastaajia oli vain 5, siitä huolimatta tutkimustulosta voidaan mielestämme pitää suuntaa antavana ja luotettavana, koska kaikkien heidän kokemukset olivat samansuuntaiset ja ero muihin oli selkeä. Kaikki henkistä väkivaltaa kokeneista oli naisia, joka tukee Mattilan ja Kakriaisen (2014, 30) tutkimustuloksia.

Henkistä väkivaltaa kokeneista 80 % koki hoitosuhteen muuttuneen omaishoidon aikana, kun taas muista vastanneista alle puolet koki näin. Henkistä väkivaltaa kokeneet vastaajat kokivat kaikki, että heidän sosiaaliset suhteet ovat muuttuneet omaishoitajuuden aikana ja etteivät saa elää arvojensa mukaan. He kokivat yksinäisyyttä, riittämättömyyttä, vihaa, pelkoa, surua ja katkeruutta. Positiivisia tunnetiloja, kuten rakkautta, energisyyttä tai iloa he eivät kokeneet lainkaan, ja vain yksi heistä oli kokenut onnellisuutta. Tämä tulos kuvaa henkisen väkivallan kokeneiden tilannetta varsin hyvin. Henkisellä väkivallalla on selvä yhteys heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin, sillä on negatiiviset, pitkäjänteiset ja vahingolliset vaikutukset omaishoitajajäseneseen. Tästä syystä henkinen väkivalta tulisi tunnistaa oikeana ongelmana ja löytää apukeinoja omaishoitotilanteeseen. Luoma ja Manderbacka (s.a., 14) kirjoittavat myös varhaisen puuttumisen edistävän henkilön kokemaa hyvinvointia ja kohentavan omaishoitoperheen sisäistä tilannetta.

Henkistä väkivaltaa kokeneet ryhmänä kaipaavat psyykkisen hyvinvoinnin tukimuotoja sekä apua kotiin ja omaishoitotilanteeseen. Tässä konkretisoituu opinnäytetyömme tarkoitus, siitä miten omaishoitotilanteet ovat yksilöllisiä ja miten työntekijöiden on osattava katsoa pintaa syvemmälle. Teoriassa tulee ilmi ikääntyneiden päihteiden käytön ja väkivallan yleistyminen, tutkimuksessa päihteiden väärinkäyttöä eikä fyysistä väkivaltaa ilmaissut kukaan ja henkistäkin väkivaltaa kokeneita oli vain muutamia. On hienoa, jos tämä on todellisuus, vai onko asia vaiettu, eikä siitä puhuta tai sitä osata tunnistaa?

Tutkimuksessa omaishoitajuus vaikuttaa terveyteen lähinnä alle 75-vuotiailla. Pohdimme, että elämänhistorialla ja elämänkokemuksella on tähän vaikutusta. Todennäköisesti yli 75-vuotiailla on enemmän terveyteen vaikuttavia tekijöitä, kuin alle 75-vuotiailla. Tähän voisi olla syynä, ettei yli 75-vuotiaat koe omaishoitajuuden olevan syy terveyden heikkenemiseen. Tähän viitataan myös opinnäytetyömme aikaisemmassa teoriaosuudessa, jossa kerrotaan iän vaikutuksista omaishoitajuuteen

Tässä tutkimuksessa yksinäisyys on luokiteltu henkiseen ja konkreettiseen yksinäisyyteen. Tutkimukseen vastanneet omaishoitajat eivät juuri kokeneet yksinäisyyttä, vapaa-aika kuitenkin koettiin riittämättömäksi. Tämä on yllättävää ja hieman ristiriitaista. Yksinäisyyden kokeminen on yksilöllistä, ja omaishoitaja on harvoin konkreettisesti yksin. Tähänkin asiaan on voinut yhdistykseen kuulumisella olla vaikutusta. Vastaajat ovat voineet ymmärtää yksinäisyyden kokemisen eritavalla ja sillä on voinut olla vaikutusta tutkimustulokseen. Termiä olisi voitu avata kyselylomakkeessa hieman paremmin.

Kyselyyn vastanneiden omaishoitajajäsenten neljän koetuimman tunnetilan joukossa oli kolme positiivista tunnetilaa, iloinen, rakastettu ja onnellinen, mutta toisaalta suurimmaksi koetuksi tunnetilaksi nousi väsymys. Kysytyissä tunnetiloissa oli negatiivisia tunnetiloja enemmän kuin positiivisia, mutta silti kyselyyn vastanneiden kesken esiintyi enemmän positiivisia kuin negatiivisia tunnetiloja. Tämä tukee tutkimuksen tulosta vastanneiden omaishoitajajäsenten tyydyttävästä psyykkisestä hyvinvoinnista.

Tutkimukseen vastanneiden naisten ja miesten välillä oli eroavaisuuksia, vaikka tulosta ei voida pitää luotettavana pienen vastaaja prosentin vuoksi, on se mielestämme kuitenkin suuntaa antava. Naiset kokevat omaishoitajuuden

vaikuttavan terveyteen enemmän kuin miehet. Taustateoria nostaa esille miesten ja naisten välisen eron suhtautumisessa hoidon sisältämiin asioihin ja toimiin, naisille hoito on henkilökohtaisempaa ja miehille konkreettista. Tämä kävi esille tutkimuksen tuloksista ja sukupuolten välisistä kokemuseroista omassa psyykkisessä hyvinvoinnissa.

Eniten sosiaalisissa suhteissa muutosta omaishoitajuuden aikana kokivat 65–69 -vuotiaiden ryhmä, tähän ikäryhmään kuuluvilla henkilöillä toimintakyky on oletettavasti vielä hyvä ja sosiaalinen piiri laaja, työpaikalla kuin siviilielämässäkin, kun omaishoitotilanne astuu kuvaan ja jäädään palkkatyöstä eläkkeelle, sosiaalinen piiri voi kaventua hetkessä. Hankala omaishoitajuustilanne voi sitoa omaishoitajan kotiin, jolloin on vaikea pitää huolta sosiaalisista suhteista.

Asetimme opinnäytetyöllemme yhdeksi tavoitteeksi löytää keinoja kehittää Suur-Kouvolan Omaishoitajat ja Läheiset ry:n toimintaa, tuoda ideoita ja vinkkejä tutkimuksen perusteella siitä, millä tavalla toimintaa voitaisiin saada vielä paremmin vastaamaan tarpeitaan. Tutkimuksessa on tullut esille omaishoitajajäsenten kaipaavan lisää omaa aikaa ja vertaistukea, tämä käy myös ilmi kirjoittamassamme teoriassa. Oman vapaa-ajan järjestäminen koetaan vaikeaksi, kun hoidettavaa ei voi jättää pitkiksi ajoiksi yksin. Huoli hoidettavasta on jatkuva, eivätkä ajatukset pääse vapaa-ajallakaan irti omaishoitotilanteesta. Tällöin vapaa-aika on tehotonta eikä vastaa tarkoitustaan. Omaishoitajajäsenet eivät niinkään kaipaa järjestettyä ohjelmaa, vaan tutkimuksessa on ilmennyt heidän tarpeensa puhtaasta vertaistuesta. Vertaistuki ei tarvitse olla ohjelmoitua, vaan pelkkä kahvihetki ja saman pöydän ääreen kokoontuminen riittää. Keskusteltavaa, ajatusten ja kokemusten jakoa varmasti riittää. Kahvihetket voisivat olla esimerkiksi teemoitettuja, jolloin kukin voisi valita, mikä aihe on kiinnostava ja itselleen tarpeellinen.

Kaupungilta ja päättäjiltä odotustemme mukaan omaishoitajat kaipaavat kehittämistä omaishoidon parantamiseksi. Omaishoitajien ääntä tulisi kuunnella enemmän, ja konkreettista apua kaivataan byrokratian sijaan. Omaishoitotilanteiden yksilöllisyys ja historia tulisi ottaa paremmin huomioon. Omaishoitoperheellä tulisi olla yhteyshenkilö, johon tukeutua ja saada yksilöllistä ohjausta, myös Kaakkurinniemi (2014, 14, 15) pohtii samankaltaisia asioita.

Omaishoitajien kertomista asioista on rivien välissä luettavissa pelkoa tulevaisuudesta. Kuinka pärjätään kun oma toimintakyky heikkenee, minne asti omat voimavarat kantavat, mistä apu? Avoimista kysymyksistä nousee esille erityisesti hätäavun saanti. Tämänlaisiin tilanteisiin tulisi kiinnittää enemmän resursseja ja helpottaa avun hakemisen polkua.

Omaishoitajajäsenet ovat myös huolissaan omasta terveydestään, omaishoitajilla ei ole minkäänlaisia vuositarkastuksia. Tästä asiasta on ollut paljon keskustelua, ja toivomme, että tähänkin saadaan jonkinlainen ratkaisu. Omaishoitajat ovat suuri ryhmä, joille kuuluisi oma terveydenhuolto vastamaan heidän tarpeitaan.

Omaishoitajat kokevat syyllisyyttä ja huonoa omatuntoa jättäessään hoidettavan hoitoon lähtiessään itse viettämään omaa vapaa-aikaa. Tämä on ilmeisen yleistä omaishoitajien kohdalla, voitaisiinko puhua ”ammattitaudista”. Omaishoitajat ovat niin sitoutuneita ja tunnollisia työssään, että omat tarpeet unohtuvat. Omaishoitajan täytyy opetella olemaan itselleen armollinen ja muistettava myös huolehtia omista tarpeistaan, se on etu paitsi hänelle itselleen myös hoidettavalle ja yhteiskunnalle. Tämä on seikka, joka pitäisi viran-omaistasolla ymmärtää ja olla hieman kauaskatseisempi. Erittäin tärkeää on pitää omaishoitajien hyvinvoinnista huolta, kuunnella heidän tarpeitaan ja ajatuksiaan, koska he ovat ammattilaisia ja parhaiten aallon harjalla siitä, mitä tekevät ja tarvitsevat. Omaishoitajat tekevät arvokasta kustannustehokasta työtä.

Omaishoitajat käyvät päivittäin läpi satoja erilaisia tunteita, heidän työ on monipuolisempaa ja moninaisempaa kuin mikään muu työ, eikä monellakaan omaishoitajalla ole siihen minkäänlaista koulutusta. Omaishoitajien kouluttaminen on myös yksi työnsara, jota tulee kehittää. Koulutuksilla voitaisiin saada pitkällä tähtäimelle säästöjä. Koulutukset, luennot ja purkuryhmät ovat toivottuja omaishoitajienkin toiveesta.

Jatkotutkimusaiheiksi työllemme olemme ajatelleet: Millä tukikeinoilla omaishoitajien psyykkistä hyvinvointia voitaisiin parantaa kaupungin, yhdistyksen tai omaishoitajan toimesta? Kuinka paljon yhdistykseen kuulumisella on vaikutusta omaishoitajien psyykkiseen hyvinvointiin?

LÄHTEET

Arola, A. 2012. Esteettömyys kotona ja lähiympäristössä. Teoksessa Sufacare – Supporting family caregivers and receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa, toim. Surakka, J., 55–59. Arcada publikation 4/2012 Saatavissa: http://dspace.arcada.fi:8080/xmlui/bitstream/handle/10478/53/Arcada_Publikation4_2012.PDF?sequence=1 [viitattu 19.8.2015].

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2010. Mieli ja terveys. 1.-3. Painos Helsinki: Edita Prima.

Heino, M. 2011. Työssäkäynnin merkitys omaishoitajalle. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 96–99. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kaakkurinniemi, S. 2014. Läheisestä omaishoitajaksi. Teoksessa Omaishoitajan käsikirja, toim. Kaakkurinniemi, S., Kalliomaa-Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palosaari, E. & Uusitalo, M., 9–18.

Kaivolainen, M. 2011. Omaishoitajien tunnekokemukset. Myönteisten tunteiden voima. Viha ja katkeruus. Häpeä ja syyllisyys. Epävarmuus, pelko ja suru. Omaishoitajan tunteiden säätely ja tunnettyö. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 107–125. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Toim. Heikkinen, R. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Koskimäki, E. 2013. Omaishoitajien jaksamisen ja tuen tarve Etelä-Karjalan alueella. Opinnäytetyö. Saatavissa: http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Koskimaki_Erja.pdf [viitattu 16.9.2015].

Kotiranta, T. & Purhonen, S. 2011. Kulttuurin ja taiteen mahdollisuudet omaishoitajan hyvinvoinnin tukemisessa. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 138–142. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

KvantiMOTV. 2003. Menetelmäoppaat. Saatavissa: www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html#intro [viitattu 29.10.2015].

Lahtinen, P. 2009. Omainen auttajana omaishoitajan kasvu. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.

Lampinen, P. 2004. Aktiiviset iäkkäät henkilöt voivat psyykkisesti paremmin. Gerontologia 3/2004, 219–221. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/se/g/0784-0039/18/3/aktiivis.pdf> [viitattu 29.9.2015].

Luoma, M-L. & Manderbacka, C. Breaking the taboo. Ikääntyneiden naisten kaltoinkohtelu perheissä: tunnista ja toimi! National Institute for Health and Welfare. Itävallan punainen risti. Saatavissa: http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/Brochure-Finland.pdf [viitattu 5.10.2015].

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, toim. Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., 16–28. Tampere: Edita.

Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Johdanto. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, toim. Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., 5–8. Tampere: Edita.

Malmi, M. 2011. Omaishoitajat voivat huominkin kuin keskivertosuomalaiset. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 104. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Malmi, M. & Nissi-Onnela, S. 2011. Omaishoitajan ja omaishoitoperheen tuen tarpeet. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 76–81. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mattila, Y. & Kakriainen, T. 2014. Kunnan työntekijät arvioimassa omaishoitoa – kuntien omaishoidon työntekijöiden näkemyksiä omaishoitajärjestelmän toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Teoksessa: Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia, toim. Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H., 10–45. Työpapereita 69/2014. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144109/Tyopapereita69.pdf?sequence=1> [viitattu 3.10.2015].

Mattila, Y. 2014. Omaishoitajan sairaus- ja työttömyysturva sekä omaishoidon yhteensovittaminen. Teoksessa Omaishoitajan käsikirja, toim. Kaakkuriniemi, S., Kalliomaa-Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palosaari, E. & Uusitalo, M., 103–120.

Miettinen, A. 2008. Kotityöt, sukupuoli ja tasa-arvo. Palkattoman työn jakamiseen liittyvät käytännöt ja asenteet Suomessa. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja E 32/2008. Saatavissa: http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/c62fbf21a4f5bb8ec7b8f95a7d0b173b/1442642934/application/pdf/237612/Kotity%C3%B6t%20ja%20tasaarvo_ebook.pdf [viitattu 19.9.2015].

Mäkinen, E. 2011. Omainen hoitajana – läheinen hoidettavana. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 50–53. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011. Minäkö omaishoitaja – omaishoitajaintiteetti. Omaishoitajuus liittää yhteen monia rooleja. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 53–64. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Omaishoitajat ja läheiset – liitto ry. s.a. Mitä omaishoito on? Saatavissa: <http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito> [viitattu 13.9.2015].

Oulun seudun omaishoitajat ja läheiset ry. s.a. Tukea ja toimintaa etäomaishoivaan. Saatavissa: <http://www.osol.fi/etaomaishoitajille/tukea-ja-toimintaa-etaomaishoivaan/> [viitattu 13.9.2015].

Palosaari, E. 2014. Omaishoitajan omat tunteet ja voimavarat. Teoksessa Omaishoitajan käsikirja, toim. Kaakkuriniemi, S., Kalliomaa-Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palosaari, E. & Uusitalo, M., 175–189.

Purhonen, M. 2011. Omaishoidon motiivit ja merkitys omaishoitajille sekä hoidettaville. Palvelujärjestelmän haasteet omaishoitotilanteissa. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 17–20, 82–84. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Purhonen, M., Mattila, Y. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidon tuki ja omaishoitotosopimus. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 26–31. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Purhonen, M., Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön, toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M., 13–17. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ruoppila, I. 2002. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Vanhuuden voimavarat, toim. Heikkinen, E. & Marin, M., 119–122. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa Mielenterveys vanhuudessa, toim. Heimonen, S-L. & Pajunen H., 18–55. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Saari, P. 2007. Kaatumiset ja kaatumistapaturmat. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, toim. Lyyra, T-M, Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., 202–214. Tampere: Edita.

Sarvimäki, A. 2012. Elämänlaatu. Teoksessa Sufacare – Supporting family caregivers and receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa, toim. Surakka, J., 42–47. Arcada publikation 4/2012 Saatavissa: http://dspace.arcada.fi:8080/xmlui/bitstream/handle/10478/53/Arcada_Publication4_2012.PDF?sequence=1 [viitattu 19.8.2015].

Sarvimäki, A. 2007. Omaishoitajien sukupuolittuneita kokemuksia. Teoksessa Ikääntyminen ja sukupuoli. Seminaariesityksiä 20.–21.11.2006, toim. Tiihonen, A. & Syrén, I. Oraita 1/2007, 49–54. Ikäinstituutti. Saatavissa: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/13/> [viitattu 22.9.2015].

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. & Heimonen, S. 2010. Ikääntyminen ja mielen haavoittuvuus – haavoittuvuus riskinä ja voimavarana. Gerontologia 2/2010, 169–178. Saatavissa: <http://elektra.helsinki.fi.xhalex-ng.ky-amk.fi:2048/se/g/0784-0039/24/2/ikaantym.pdf> [viitattu 1.10.2015].

Sisäasiainministeriö. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011. Saatavissa: http://www.intermin.fi/download/24903_192011.pdf [viitattu 1.10.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriö. s.a. Omaishoito. Saatavissa: <http://stm.fi/omais-hoito> [viitattu 5.9.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän väliraportti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126190/Rap_2013_10_Omaishoito_verkko.pdf?sequence=1 [viitattu 8.10.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2005. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111301/opp_2005_30_omaishoidon_tuki_verkko.pdf?sequence=1 [viitattu 13.9.2015].

Stenbock-Hult, B. 2012. Omaishoitajan mielenterveys ja elämänlaatu – terveyttä edistävä näkökulma. Teoksessa Sufacare – Supporting family caregivers and receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa, toim. Surakka, J., 37–42 Arcada publikation 4/2012 Saatavissa: http://dspace.arcada.fi:8080/xmlui/bitstream/handle/10478/53/Arcada_Publication4_2012.PDF?sequence=1 [viitattu 19.8.2015].

Stenbock-Hult, B. & Sarvimäki, A. 2012. Mielenterveys, elämänlaatu ja terveyden edistäminen. Teoksessa Sufacare – Supporting family caregivers and re-

ceivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa, toim. Surakka, J., 48–49. Arcada publikation 4/2012. Saatavissa: http://dspace.arcada.fi:8080/xmlui/bitstream/handle/10478/53/Arcada_Publication4_2012.PDF?sequence=1 [viitattu 19.8.2015].

Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, toim. Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., 116–128. Edita.

Suvanto ry. s.a. Ikäihmisten kaltoinkohtelu. Mitä tarkoitetaan ikääntyneisiin tai vanhuksiin kohdistuvalla kaltoinkohtelulla? Saatavissa: <http://www.suvantory.fi/ikaihminen-kaltoinkohtelu/> [viitattu 6.10.2015].

Tapio, K. 2007. Kerran ja taas kerran. Dementoituneen puolison hoitaminen miesten ja naisten kokemana. Teoksessa Ikääntyminen ja sukupuoli. Seminaariesityksiä 20.–21.11.2006, toim. Tiihonen, A. & Syrén, I. Oraitia 1/2007, 42–48 Ikäinstituutti. Saatavissa: <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/13/> [viitattu 19.9.2015].

Tapio, K. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Akateeminen väitöskirja. Saatavissa: <http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Rakasta%2C%20k%C3%A4rsi%20ja%20kirjoita.pdf> [viitattu 16.9.2015].

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, toim. Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., 145–168. Helsinki: Edita.

Tiikkainen, P. & Lyyra, T.-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa vanheneminen ja terveys, toim. Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P., 70–86. Helsinki: Edita.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Ikääntyneet. Saatavissa: https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lahisuhde_perhevakivallan_ehkaisytyo/lahisuhde/ikaantyneet [viitattu 1.10.2015].

Uusitalo, M. 2014. Omaishoitoperheen lääkehoito ja turvallinen asuinympäristö. Teoksessa Omaishoitajan käsikirja, toim. Kaakkuriniemi, S., Kallioma-

Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palosaari, E. & Uusitalo, M., 121–138.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väkivallan vähentäminen. 2014. Alkoholi ja väkivalta. 28.2.2014. Saatavissa: <http://www.vakivallanvahentaminen.fi/fi/index/vakivallanmuotoja/alkoholijavakivalta.html> [viitattu 3.10.2015].



TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Terveysala Kuusankoski

Vastaanottaja Suur-Kouvolaan omaishoitajat ja läheiset Ry, puheenjohtaja Irja-Liisa Harju

Teen/teemme hoitotyön koulutusohjelmaan, geronomin opintoihin kuuluvan 15 op:n
opinnäytetyön aiheesta "Omaishoitajien koettu psyykinen hyvinvointi"

Tutkimuksen tehtävät, kohderyhmä, tutkimusmenetelmä ja aineiston kokoamistapa selviävät oheisesta liitteestä (liite 1: tutkimussuunnitelma). Työn ohjaajat *Pauliina Lehto* on hyväksynyt ko. tutkimussuunnitelman.

Pyydämme lupaa aineiston kokoamiseen. Sitoudumme käyttämään aineistoa vain tutkimustehtävän selvittämiseen ja siten, että tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy. Valmiin opinnäytetyön toimitamme luvantantajayhteisölle.

Paikka Kouvola Päivämäärä: 14.4.2015

Opinnäytetyön tekijä(t):

Iina-Mari Hakonen
Kukkurantie 6a8
45360 VALKEALA
0400 518 787

iina-mari.hakonen@student.kyamk.fi

Oona Tani
Palovartijantie 10P
45100 KOUVOLA
045 1068 486
oona.tani@student.kyamk.fi

Liite 1: Tutkimussuunnitelma

Liite 2: Kyselylomake

Lupa myönnetty
Lupa eväty



Muuta huomioitavaa: _____

Paikka: Kouvola Päivämäärä: 14.04.2015

Irja-Liisa Harju
(allekirjoitus)

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kaksi geronomiopiskelijää Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vanhustyön koulutusohjelmasta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena on omaishoitajien koettu psyykkinen hyvinvointi. Olemme kiinnostuneita omaishoitajien hyvinvoinnista ja kunnioitamme tekemäänne arvokasta työtä. Omaishoito on kasvava, kehittyvä ja ennen kaikkea kehitettävä tukimuoto. Haluamme selvittää opinnäytetyömme pohjalta asioita, joiden avulla voidaan tulevaisuudessa parantaa ja kehittää omaishoitajien jaksamista.

Opinnäytetyön aineistonkeruun teemme oheisella kyselylomakkeella nimettömästi. Pyydämme teitä vastaamaan kysymyksiin rehellisesti. Vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti noudattaen salassapitovelvollisuutta, eikä henkilöllisyytenne tule missään vaiheessa ilmi. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Suur-Kouvolan omaishoitajat ja läheiset Ry:n kanssa. Toivomme, että vastaatte kyselyyn sillä teidän kokemuksenne on ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen onnistumiselle.

Palauttakaa kyselylomake mukana olevassa postimerkillä varustetussa vastauskuoressa 30.4.2015 mennessä.

Kiitämme osallistumisestanne, vastauksenne on meille arvokas!

Ystävällisin terveisin

IINA-MARI HAKONEN, 0400-518 787



OONA TANI, 045-106 8466



Suur-Kouvolan omaishoitajat ja läheiset Ry:n puheenjohtaja

IRJA-LIISA HARJU, 045-609 7777

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Arvoisa omaishoitaja,

Puhun tässä kahden viimeistä vuotta opiskelevan geronomiopiskelijoiden puolesta. He opiskelevat Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa Kouvolassa, vanhustyön erikoisammattitutkintoa. He tekevät opinnäytetyötä, jonka aiheena on omaishoitajien koettu psyykkinen hyvinvointi.

Opiskelijoiden opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kyselylomakkeen avulla teidän itse kokemaa psyykkistä hyvinvointia. Geronomiopiskelijat ovat kiinnostuneita teidän hyvinvoinnista ja kunnioittavat tekemäänne arvokasta ja tärkeää työtä. Omaishoito on kasvava, kehittyvä ja ennen kaikkea kehitettävä tukimuoto, kuten tiedätte. Opiskelijoiden tarkoituksena on selvittää opinnäytetyön pohjalta asioita, joiden avulla voidaan omaishoitajien jaksamista parantaa ja kehittää tulevaisuudessa. Teidän kokemuksenne omaishoitajina on erityisen tärkeää, koska te olette asiantuntijoita työssänne.

Opinnäytetyön aineistonkeruu tapahtuu kyselylomakkeella nimettömästi. Opiskelijat toivovat teidän vastaavan kaikkiin kysymyksiin rehellisesti. Vastaukset tullaan käsittelemään täysin luottamuksellisesti, opiskelijat noudattavat salassapitovelvollisuutta, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään kohtaa opinnäytetyössä. Opiskelijoiden tutkimus toteutetaan yhteistyössä Suur-Kouvolan omaishoitajat ja läheiset Ry:n kanssa. Opiskelijat toivovat, että

vastaatte kyselyyn sillä teidän kokemuksenne on ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen onnistumiselle ja luotettavuudelle.

Kyselylomakkeet lähetetään teille kotiin postitse. Kirjeen mukana on myös vastauskuori ja postimerkki, joka helpottaa kyselylomakkeen palautusta. Kyselylomakkeen täyttäminen vie teiltä aikaa noin 15 minuuttia. Opiskelijat pyytävät ystävällisesti teitä postittamaan täytetyn kyselylomakkeen saatekirjeeseen merkittyyn päivämäärään mennessä.

Opiskelijoiden yhteystiedot löytyvät alapuolelta, mikäli teillä on kysyttävää opinnäytetyöstä, vastaavat opiskelijat kysymyksiinne mielellään. Vastauksenne on opiskelijoille tärkeä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta opiskelijat toivovat mahdollisimman monen osallistuvan.

Yhteistyöstä kiittäen,

Geronomiopiskelijat

Iina-Mari Hakonen

Oona Tani

P. 0400-518 787

P. 045-106 8466

KYSELYLOMAKE
OMAISHOITAJIEN PSYKKISESTÄ HYVINVOINNISTA

Ympyröikää jokaisesta seuraavasta kysymyksestä yksi omaa tilannetta kuvaava vaihtoehto.

1. Sukupuoli:

- a) Nainen b) Mies

2. Ikä:

- a) Alle 65v. b) 65-69v. c) 70-74v. d) 75-79v. e) 80-89v. f) yli 90v.

3. Siviilisääty:

- a) Avo-/avioliitto b) Naimaton c) Eronnut d) Leski

4. Olette hoidettavanne:

- a) Puoliso b) Lapsi c) Sisarus d) Muu, kuka? _____

5. Kuinka kauan olette olleet omaishoitajana:

- a) alle 1v. b) 1-4v. c) 5-9v. d) Yli 10v.

Ympyröikää jokaisesta seuraavasta kysymyksestä yksi tai useampi teitä kuvaava vaihtoehto.

6. Mitkä seuraavista tunnetiloista ovat kuvanneet teitä viimeisen kahden viikon sisällä?

- a) Rakastettu b) Iloinen c) Ärtynyt d) Vihainen e) Turhautunut
f) Onnellinen g) Väsynyt h) Pelokas i) Energinen j) Riittämätön
k) Yksinäinen l) Surullinen m) Uupunut n) Katkera o) Hajamielinen

7. Esiintyykö jotakin seuraavista elämässänne?

- a) Päihteiden väärinkäyttöä b) Fyysistä väkivaltaa c) Henkistä väkivaltaa
d) Ei mitään näistä

Ympyröikää jokaisen kysymyksen oikealta puolelta yksi omaa kokemustanne parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

Kysymys	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
8. Koetteko fyysisen toimintakykynne hyväksi?	1	2	3	4	5
9. Koetteko omaishoitajuuden vaikuttaneen terveyteenne?	1	2	3	4	5
10. Koetteko muistinne heikentyneen omaishoitajuuden myötä?	1	2	3	4	5
11. Koetteko suhteenne hoidettavaan muuttuneen omaishoitajuuden aikana?	1	2	3	4	5
12. Koetteko sosiaalisten suhteidenne muuttuneen omaishoitajuuden aikana?	1	2	3	4	5
13. Koetteko tulevaisuutenne valoisaksi?	1	2	3	4	5
14. Koetteko itsenne tarpeelliseksi?	1	2	3	4	5
15. Koetteko elämänne arvokkaaksi?	1	2	3	4	5
16. Koetteko elämänne tarkoitukselliseksi?	1	2	3	4	5
17. Koetteko elämänlaatunne hyväksi?	1	2	3	4	5
18. Koetteko saavanne tehdä mielekkäitä asioita elämässänne?	1	2	3	4	5
19. Koetteko itsetuntonne hyväksi?	1	2	3	4	5
20. Koetteko saavanne elää arvojenne mukaisesti?	1	2	3	4	5
21. Koetteko, että teillä on voimavaroja selviytyä ongelmatilanteista?	1	2	3	4	5
22. Koetteko olevanne yksinäinen?	1	2	3	4	5
23. Koetteko saavanne lepoa riittävästi?	1	2	3	4	5
24. Koetteko oman vapaa-aikanne riittäväksi?	1	2	3	4	5

Seuraaviin kohtiin voitte vapaasti kirjoittaa ajatuksianne ja toiveitanne.

25. Mitä muuta haluaisitte tuoda esille omaishoitajien psyykkisestä hyvinvoinnista?

26. Millä asioilla omaa psyykkistä hyvinvointianne voisi parantaa?

27. Mitä tutkimukseen liittyvää palautetta haluaisitte antaa?
